

Aus dem Med. Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Kommissarischer Leiter: PD Dr. M. Martin
des Fachbereiches Medizin der Philipps-Universität Marburg
in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH,
Standort Marburg



Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen in ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung

Vergleichende Analyse zur Diagnosenverteilung im Klientel
kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen in Deutschland

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Humanmedizin
dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg
vorgelegt von

Christoph Kowalewski
aus Mainz

Marburg, 2009

Angenommen am Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg am:
24.09.2009

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereiches

Dekan: Prof. Dr. M. Rothmund

Referent: Prof. Dr. F. Mattejat

Koreferent: Prof. Dr. H. Vedder

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	3
2. Stand der Forschung	8
2.1 Literaturrecherche	8
2.2 Epidemiologische Forschung in Kinder- und Jugendpsychiatrie	9
2.3 Zielsetzung epidemiologischer Forschung in Kinder- und Jugendpsychiatrie..	10
2.4 Ergebnisse epidemiologischer Studien in Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	12
2.4.1 Gesamtprävalenz	12
2.4.2 Einflussfaktoren auf die Gesamtprävalenz	13
2.4.3 Alters- und Geschlechtsverteilung psychischer Auffälligkeiten	15
2.4.4 Prävalenz spezifischer Störungsbilder.....	16
2.5 Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungseinheiten..	18
2.5.1 Literaturrecherche und –überblick	18
2.5.2 Ergebnisse der Forschung zur Inanspruchnahme	20
2.6 Auswahl der Vergleichstudien.....	24
2.6.1 Studien zur Prävalenz psychischer Störungen	24
2.6.2 Studien zur Inanspruchnahme psychosozialer Versorgung	27
2.7 Kurze Beschreibung der Vergleichstudien	29
2.7.1 British Child and Adolescent Mental Health Survey	29
2.7.2 Mannheimer Kurpfalzstudie.....	30
2.7.3 Versichertenstichprobe Dortmund	31
2.7.4 Nordhessische Versorgungsstudie.....	31
3. Fragestellung.....	33
4. Methode.....	35
4.1 Methode – der systematische Vergleich	35
4.2 Anpassung des Datensatzes an die Vergleichstudien	37
4.2.1 Vergleich mit den British Child and Adolescent Health Surveys	38
4.2.2 Vergleich mit der Kurpfalz-Studie	39
4.2.3 Vergleich mit der Versichertenstichprobe Dortmund.....	40
4.2.4 Vergleich mit der Nordhessischen Versorgungsstudie	41
4.3 Teststatistische Verfahren	43

5. Stichprobe.....	45
5.1 Geschlecht und Alter der Patienten bei Erstvorstellung	46
5.2 Diagnosenverteilung in der Stichprobe – MAS-Achse I.....	48
5.3 Diagnosenverteilung in der Stichprobe – weitere MAS-Achsen	50
5.4 Soziodemografische Angaben	54
6. Ergebnisse	56
6.1 Ergebnisse zur ersten Fragestellung:	57
6.1.1 Vergleich mit den Daten des British Health Survey 1999.....	58
6.1.2 Vergleich mit den Daten des British Health Survey 2004.....	63
6.1.3 Vergleich mit den Daten der Kurpfalz-Studie.....	68
6.1.4 Vergleich mit den Daten der Versichertenstichprobe Dortmund	73
6.1.5 Vergleich mit den Daten der Nordhessischen Versorgungsstudie	78
6.2 Ergebnisse zur zweiten Fragestellung:	82
6.2.1 Geschlecht und Alter der Patienten bei Vorstellung.....	83
6.2.2 Zugehörigkeit zu einer Bevölkerungsschicht	85
6.2.3 Diagnosenverteilung in den einzelnen Praxen.....	87
6.2.4 Kurze Zusammenfassung der Ergebnisse.....	96
7. Diskussion	98
7.1 Diskussion der Ergebnisse	98
7.1.1 Vergleich mit bereits publizierten Studien.....	98
7.1.2 Statistischer Vergleich der untersuchten Praxen	105
7.2 Diskussion der Methode	107
7.3 Schlussfolgerungen und Ausblick auf weiteres Forschungsinteresse	109
8. Zusammenfassung.....	112
9. Literatur.....	114
10. Anhang	131

1. Einleitung

Wenn die Öffentlichkeit von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen in der Regel nur in Einzelfällen, z. B. am Rande medienwirksam aufbereiteter Gewaltexzesse minderjähriger Straftäter, Kenntnis nimmt, bleibt unberücksichtigt, dass psychische Erkrankungen in der Bevölkerung zu den häufigsten Ursachen von „Disability-adjusted life years“ (DALY) gehören, also einem krankheitsbedingten Verlust an aktiver Lebenszeit (Costello, Egger & Angold, 2005). So verursachen psychische Störungen über 15% des „Global Burden of Disease“, was für das Gesundheitswesen auch unter ökonomischen Aspekten von größtem Interesse ist (Murray & Lopez, 1996). Dabei ist gut belegt, dass eine Vielzahl psychischer Erkrankungen ihren Anfang in Kindheit und Jugend nehmen, effektive Intervention also frühzeitig zu erfolgen hat (Ihle & Esser, 2002). Konservativ geschätzt leiden in Industrienationen mindestens 10% der Heranwachsenden unter relevanten psychischen Erkrankungen, die die aktuelle Lebensqualität und die Zukunftschancen der Betroffenen oft massiv beeinträchtigen.

Die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher erfolgt in Deutschland in einem Verbundsystem medizinischer Institutionen und Einrichtungen des nichtmedizinischen Gesundheitswesens, der Jugendhilfe, des Bildungs- und Fürsorgewesens, von Behörden und Rechtswesen. Mögliche Settings therapeutischer Intervention beinhalten stationäre, teilstationäre, ambulante Therapie und Hometreatment im Lebensumfeld der Patienten. Dem ambulanten Sektor kommt dabei aus verschiedenen Gründen eine besonders große Bedeutung zu: So ist ein Großteil von kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen gut ambulant behandelbar (Jungmann & Roosen-Runge, 2004), ebenso hat ambulante Vor- und Nachbehandlung einen günstigen Effekt auf eine stationäre Therapie. Weiterhin kann davon ausgegangen werden, dass sich in den meisten Fällen der Erhalt des familiären Umfeldes der Patienten positiv auf die Prognose der Erkrankungen auswirkt.

Die Bedeutung des ambulanten Versorgungsbereiches wird seit Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete 1975 immer wieder hervorgehoben

und auch durch Forschungsergebnisse aus regionalen Studien gestützt (z. B. Remschmidt & Walter, 1990). Ansätze einer wissenschaftlichen Evaluation der ambulanten Versorger sind allerdings rar und existieren fast ausschließlich aus dem Bereich öffentlicher Versorgung, d. h. (Universitäts-) Kliniksambulanzen und Erziehungsberatungsstellen. Sehr wenig ist bekannt über die Klientel niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater, sehr wenig über die Therapieverläufe der behandelten Patienten. Zwar sind nach §135a des Sozialgesetzbuches, 5. Buch (SGB IV), Ärzte und Psychotherapeuten zur Qualitätssicherung verpflichtet, jedoch fehlen derzeit geeignete Systeme und Instrumente, die eine zuverlässige Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität ambulanter psychotherapeutischer/psychiatrischer Therapie von Kindern und Jugendlichen leisten.

Die Entwicklung und Erprobung eines solchen Systems zur Therapieevaluation und Qualitätssicherung speziell für den praxenärztlichen Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist das Ziel des „Modell-Forschungsprojekt zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen“ (im Folgenden „kjp-Qualitätsprojekt“ oder „kjp-QP“) der Philipps-Universität Marburg, in dessen Rahmen die vorliegende Arbeit entstanden ist. Im Mittelpunkt des Projektes steht dabei die Frage nach dem Erfolg und der Nützlichkeit der in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen angebotenen Therapien für die Patienten. Während Forschungsergebnisse aus kontrollierten universitären Therapiestudien („Efficacy-Studien“) belegen, dass wirksame psycho- und pharmakotherapeutische Behandlungsoptionen für viele psychische Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters existieren, ist die Realisierbarkeit dieser Therapien in der praktischen Versorgung und deren Nutzen für den Patienten („Effectiveness“) in vielen Fällen noch unklar.

Das Projekt wurde in den Jahren 2004 bis 2006 von der Arbeitsgruppe „Qualitätsprojekt“ der Universität Marburg in enger Zusammenarbeit mit neun kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen aus unterschiedlichen Regionen Deutschlands durchgeführt, insgesamt wurden 1182 Patienten in die Studie aufgenommen. Die hier vorgelegte Arbeit baut auf den im Rahmen des kjp-QP erhobenen Daten auf, um eine explorative Untersuchung des Klientels der

teilnehmenden kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen im Hinblick auf Häufigkeit und Verteilung der relevanten Störungen zu leisten. Die im Projekt untersuchten Praxen arbeiten nach der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) von 1994. Diese stellt eine Ergänzung des Bundesmanteltarifes zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern dar, die der Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher dienen soll, indem sie die Abrechnung interdisziplinärer Therapiemodi vereinfacht und es Praxisinhabern ermöglicht, Fachleute weiterer Disziplinen wie Sozialtherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden „unter einem Dach“ zu beschäftigen.

Bisher durchgeführte Arbeiten zur Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen haben gezeigt, dass sich die Inanspruchnahmepopulationen der untersuchten Versorgungseinheiten nicht so zusammensetzen, wie aufgrund der Häufigkeit relevanter Krankheitsbilder in der Bevölkerung zu vermuten wäre. Dabei befassen sich bislang veröffentlichte Studien fast ausschließlich mit dem stationären Versorgungsbereich, so dass diesbezüglich grundsätzlicher Forschungsbedarf zu konstatieren ist, gerade im Hinblick auf eine pragmatische Bedarfsplanung im ambulanten Sektor.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung stehen die folgenden Fragen: *Wie* setzt sich das Klientel niedergelassener kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen in Deutschland zusammen und *warum* setzt es sich so zusammen? Ist die Inanspruchnahme praxenärztlicher Versorgung durch Ergebnisse zur Inanspruchnahme erklärbar, die in anderen Versorgungsbereichen gefunden wurden oder kommt sie einem gänzlich anderen Klientel zugute?

Zu diesem Zwecke wird in der vorliegenden Arbeit ein systematischer Vergleich der eigenen Daten mit Daten aus der Literatur zur Epidemiologie kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen und zur Inanspruchnahme spezifischer Versorgungsangebote vollzogen, um einen Bezug zu bisherigen Ergebnissen aus der Versorgungsforschung herzustellen und in diesem Rahmen die kritische Betrachtung der eigenen Ergebnisse zu ermöglichen. Dabei wird sich zeigen, wie sich die alters- und geschlechtsbezogene Diagnosenverteilung im

Klientel der untersuchten Praxen a) auf jene in der Allgemeinbevölkerung und b) auf die Diagnosenverteilung in anders definierten Versorgungsbereichen projiziert. Darüberhinaus werden in einem weiteren Arbeitsschritt die Patientenkollektive der teilnehmenden Praxen im Hinblick auf Diagnosen-, Alters- und Geschlechtsverteilung untersucht und zueinander in Bezug gesetzt. Die durchzuführenden Analysen werden zeigen, inwiefern signifikante Übereinstimmungen in der Zusammensetzung des Klientels der Praxen bestehen und ob allgemeingültige Aussagen über die Inanspruchnahme niedergelassener Versorger anhand der erhobenen Daten zulässig erscheinen. Abschließend soll diskutiert werden, inwiefern Hypothesen über die Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung, die überwiegend aus Studien im klinischen Bereich abgeleitet wurden, auch im ambulanten Sektor Gültigkeit beanspruchen können, oder ob zu diesem Zwecke neue Hypothesen entwickelt werden müssen. Ferner soll erörtert werden, inwiefern sich die Patientenkollektive der einzelnen Praxen gleichen und wie, wenn vorhanden, Unterschiede in deren Zusammensetzung erklärt werden können. Es ist wünschenswert, dass die Ergebnisse dieser Arbeit einen Beitrag dazu leisten, einer patienten- und bedarfsgerechten Planung im ambulanten Bereich kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung ein solides Fundament zu erstellen.

Die vorliegende Arbeit versteht sich einerseits als Teil des „kjp-Qualitätsprojektes“, beansprucht andererseits auch Eigenständigkeit, da sie durch die geleisteten Untersuchungen sowohl eine erweiterte Repräsentativitätsuntersuchung für die Studienpopulation darstellt als auch einen grundlegenden Forschungsbeitrag zur Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung im Bereich niedergelassener Praxen leistet.

Nachträgliche Anmerkung: Am 30.06.2008 wurde die bestehende Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, die die Grundlage des interdisziplinären Versorgungskonzeptes der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Praxen darstellt, von Seiten der Krankenkassen zum Jahresende gekündigt. Nachträglich wurde sich auf eine Verlängerung der Gültigkeit um ein Quartal (bis 31.03.2009) geeinigt. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung der Arbeit

(November 2008) findet zwischen Versorgern, Gesetzgeber und Kostenträgern eine intensive Diskussion statt, unter welchen Rahmenbedingungen vor dem Hintergrund der aktuellen Gesundheitsreform darüber hinaus eine interdisziplinäre Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher geleistet werden kann. Diese neue Entwicklung verdeutlicht die Notwendigkeit empirischer Daten aus diesem bisher wenig erforschten Versorgungsbereich noch einmal ganz eindrücklich und unterstreicht die Bedeutung diesbezüglicher Grundlagenforschung. Nur so wird es möglich sein, in Zeiten des steigenden Kostendrucks im Gesundheitswesen das Recht psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher auf eine optimale, interdisziplinäre Behandlung durchzusetzen.

2. Stand der Forschung

2.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche für die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, einen umfangreichen Überblick über den aktuellen Stand der Forschung zur Häufigkeit psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter und deren Versorgung, schwerpunktmäßig in Deutschland, zu gewinnen. Dies dient letztlich dem Ziel, die eigenen Ergebnisse in einen gesellschaftlichen Zusammenhang einzuordnen und in einem solchen bewerten zu können. Die Suche wurde in vier Schritten durchgeführt:

Zunächst erfolgte eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken *PsycInfo*, *PSYINDEX* und *PubMed*. Ausgangspunkt waren die Suchbegriffe „Epidemiologie“, „Prävalenz“, „psychische Auffälligkeit*/Störung*“, „Inanspruchnahme“ sowie deren jeweilige englische Synonyma kombiniert mit den Begriffen „Kind*/Jugendlich*“ bzw. „child*/adolesc*“. Auf Einschränkungen der Suchoptionen wurde weitgehend verzichtet, was zu einer hohen Anzahl thematisch weit gefächerter Suchresultate führte. Die Identifikation relevanter Veröffentlichungen erfolgte letztlich über die Durchsicht der Trefferlisten. Außerdem kamen aus dem Umfeld des kjp-Qualitätsprojektes Anregungen zu Autoren oder Artikeln, die in einer zweiten, gezielten Suche z. B. über www.scholar.google.com ausfindig gemacht wurden. Die Vielzahl an Schlagworten unter denen epidemiologische Studien veröffentlicht wurden erschwerte die methodische Suche, so dass einige Studien erst in der Durchsicht von Reviews gefunden wurden. Darüberhinaus wurden vielversprechende Literaturangaben aus den zuvor identifizierten Artikeln ebenso gezielt recherchiert und gesichtet. Schließlich wurde eine lokale Recherche in den Beständen relevanter Journals und Fachbücher der Bibliotheken der Universität Marburg durchgeführt.

2.2 Epidemiologische Forschung in Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die ersten systematischen Ansätze, die Prävalenz kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen in der Bevölkerung zu erforschen, stammen aus den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts. Verhulst (1995) stellt dabei die Buffalo – Studie (Lapouse & Monk, 1958) als einen ersten Meilenstein fachspezifischer epidemiologischer Forschung heraus. Die Studie, die Problemverhalten in einer repräsentativen Stichprobe 6-12 Jähriger aus Buffalo, New York, anhand der Aussagen ihrer Eltern registrierte, führte eine neue Dimension in die kindesbezogene Psychopathologie ein und machte deutlich, welchen Beitrag epidemiologische Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) zum Wissen um die Ätiologie relevanter Störungen leisten kann. Entstanden ätiologische Thesen bis zu diesem Zeitpunkt weitgehend durch theoretische Reflexion und Einzelfallstudien, wurde es nun möglich, psychopathologisches Wissen auf einem soliden empirischen Fundament aufzubauen. Ebenso beschreiben die Autoren der Studie bereits Diskrepanzen zwischen den Auskünften der Eltern und denen der Kinder, ein Punkt, der auch heute noch eine große Rolle in der epidemiologischen Forschung der Kinder- und Jugendpsychiatrie spielt.

Seit dieser Zeit wurden zahlreiche Bevölkerungsstudien zur Prävalenz kinder- und jugendpsychiatrischer Auffälligkeiten durchgeführt, zunächst (aus ganz pragmatischen Gründen) häufig regional eng begrenzt. Als eine der bedeutendsten darunter hat die Isle of Wight Study (Rutter, Tizard & Whitmore, 1970) zu gelten, deren saubere Methodik einen Maßstab für folgende Studien setzen sollte.

Die Vergleichbarkeit der frühen Studien ist aufgrund einer Vielzahl methodischer Unterschiede und unterschiedlicher Falldefinitionen eingeschränkt. Auch wenn in der Folge Versuche einer methodischen Annäherung epidemiologischer Studien unternommen wurden, ist dieses Problem teilweise heute noch von Bedeutung.

Die umfangreichste und bis dato aktuellste Evaluation der Verbreitung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen in Deutschland leistet die BELLA-Studie, dem Modul für psychische Gesundheit im Rahmen der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ des Robert Koch Instituts. Die Ergebnisse der Studiengruppe um Ravens-Sieberer, Kurth, Wittchen, Rothenberger & Schulte-Markwort (2008) belegen eindrucksvoll die Bedeutung psychischer Erkrankungen im Rahmen (nationaler) Gesundheitspolitik. Die ersten Publikationen zur Studie (Ravens-Sieberer 2008, Ravens-Sieberer & Kurth 2008 und Ravens-Sieberer, Wille, Erhart, Bettge, Wittchen et al. 2008) nennen Prävalenzraten, die sich in der Größenordnung der im folgenden angeführten Übersichtsarbeiten gefundenen bewegen. Auch die in internationalen Studien aufgezeigte Versorgungslücke wird im Rahmen der Bella-Studie für Deutschland nachgewiesen.

2.3 Zielsetzung epidemiologischer Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Nach Häfner und Weyerer (1998) lassen sich die Ziele epidemiologischer Forschung in der KJP wie folgt zusammenfassen: Zum einen geht es um die Ermittlung der räumlichen und zeitlichen Verteilung psychischer Auffälligkeiten des Kindes- und Jugendalters im Sinne deskriptiver Epidemiologie; zum anderen um die Untersuchung der Bedingungen des Auftretens und Verlaufs derartiger Auffälligkeiten im Sinne analytischer Epidemiologie (vgl. Laucht & Schmidt, 2001).

Mag diese Darstellung zunächst vereinfacht erscheinen, ist der Informationsgehalt dieser beiden Kernpunkte epidemiologischen Interesses jedoch nicht zu unterschätzen: So leistet die deskriptive Epidemiologie in der KJP durch die Ermittlung der Prävalenz kinder- und jugendpsychiatrischer Auffälligkeiten nicht nur einen allgemeinen Erkenntnisbeitrag zur Quantifizierung der Problematik und zur Legitimation kinder- und jugendpsychiatrischer Tätigkeit; sie schafft weiterhin die Basis für die Abschätzung des diesbezüglichen Versorgungsbedarfes im öffentlichen Gesundheitswesen und die Erkennung zeitlicher Trends (Häfner & Weyerer,

1998; Barkmann & Schulte-Markwort, 2004). Auch darf angenommen werden, dass das öffentliche Interesse an objektiven Aussagen zur (psychischen) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen seit jeher groß ist.

Darüber hinaus ermöglicht die systematische Analyse der epidemiologischen Daten Rückschlüsse auf Zusammenhänge mit biologischen, psychologischen und Umweltfaktoren (Petermann, 2005; Barkmann & Schulte-Markwort, 2004). Dies hat wesentlichen Einfluss auf die Generierung von Hypothesen zur Ätiologie der untersuchten Krankheitsbilder und trägt damit zum weiteren Verständnis dieser Krankheitsbilder bei. Im Einzelnen gewinnt man durch methodisch fundierte analytische Epidemiologie Erkenntnisse über Ursachen, Risiko-, Trigger-, aufrechterhaltende und protektive Faktoren psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter. Des Weiteren ist es möglich, den natürlichen Verlauf der untersuchten Krankheitsbilder nachzuvollziehen und demgegenüber den Verlauf der Krankheitsbilder unter verschiedenen Therapieansätzen zu verfolgen, was schlussendlich die Evaluation der Therapieansätze und die Beurteilung deren Effektivität ermöglicht. Auf institutioneller Ebene bedeutet dies, dass auf der Basis epidemiologischer Studien die Planung und Evaluation gesundheitspolitischer Interventionsmaßnahmen möglich wird (Waddell, Offord, Shepherd, Hua & McEwan, 2002)

Aus pragmatischen Gesichtspunkten kann anhand der Zielsetzung zwischen „wissenschaftlicher“ und „Gesundheitspolitik-orientierter“ Epidemiologie unterschieden werden (Costello, Egger & Angold, 2005). Analog den oben formulierten Zielen dient erstere dann der Erlangung ätiologischen Hintergrundwissens über die untersuchten Erkrankungen, während letztere die Auswirkungen dieser Erkrankungen auf das öffentliche Gesundheitswesen untersucht und die Ergebnisse in Bezug auf eine effektive Interventions- und Versorgungsplanung auswertet.

2.4 Ergebnisse epidemiologischer Studien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Folgenden werden Ergebnisse aus bisherigen Studien zur Prävalenz kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen zusammengefasst, wie sie in den Übersichtsarbeiten zum Thema erarbeitet werden.

2.4.1 Gesamtprävalenz

Barkmann & Schulte-Markwort (2004) vergleichen in einer Übersicht 29 epidemiologische Studien anhand epidemiologischer Eckpunkte, deren Angaben zur Gesamtprävalenz kinder- und jugendpsychiatrischer Auffälligkeiten zwischen 10,3% und 29,9% liegen. Der von den Autoren über diese Studien errechnete Mittelwert von $M=17,8\%$ (Median von $Mdn=17,2\%$) bewegt sich dabei durchaus in der selben Größenordnung wie der Mittelwert, den Roberts, Atkisson & Rosenblatt (1998) in der bislang umfangreichsten Übersichtsarbeit zum Thema über 52 internationale Studien finden, $M=15,8\%$ ($Mdn=13,7\%$) bei einer Schwankungsbreite von 1-51%.

Interessant in diesem Zusammenhang ist auch die Tatsache, dass nach diesen Mittelwerten psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter in etwa ebenso häufig wie im Erwachsenenalter sind (Robins & Regier 1991; vgl. Ihle & Esser 2002). Ihle und Esser (2002) schließlich ermitteln in einem Vergleich 19 internationaler Studien, die unter dem Aspekt methodischer Ähnlichkeit ausgewählt wurden eine durchschnittliche Gesamtprävalenz von $M=18\%$ ($Mdn=18\%$), dabei bewegen sich einzelne Studien zwischen 6,8% und 41,9%. Man muss hinzufügen, dass sich die in den Übersichtsarbeiten betrachteten Studien z. T. auch in den Zeiträumen, für die eine Prävalenz angegeben wird, unterscheiden. Die Prävalenz kann als Punkt-, Periodenprävalenz (üblicherweise 3, 6 oder 12 Monate) oder als Lebenszeitprävalenz betrachtet werden. Inwiefern sich der Prävalenzzeitraum systematisch auf die ermittelte Prävalenzrate auswirkt, wird an späterer Stelle ausgeführt.

Tab. 2.1 Übersichtsarbeiten zur Prävalenz kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen

Übersicht	Anzahl berücksichtigter Studien	Durchschnittliche Gesamtprävalenz in %	Schwankungsbreite der Prävalenz in %
Barkmann & Schulte-Markwort (2004)	29	17,8	10,3 - 29,9
Ihle & Esser (2002)	19	18	6,8 - 41,9
Roberts, Attkisson & Rosenblatt (1998)	52	15,8	1 – 51
Brandenburg, Friedman & Silver (1990)	8	17,6	5 - 26

Es wird wiederholt darauf hingewiesen, dass die bislang durchgeführten Prävalenzstudien methodisch sehr heterogen sind, was deren Vergleichbarkeit sowie die Verallgemeinerbarkeit aus den Ergebnissen einzelner Studien abgeleiteter Hypothesen erheblich einschränkt (vgl. Ihle & Esser, 2002; Petermann, 2005). Es scheint kein einzelnes ideales Studiendesign zu geben, das allen anderen in jeder Situation überlegen ist. Die Reliabilität und Validität der etablierten Verfahren ist vergleichbar (Angold & Fisher 1999). Einige Instrumente bzw. Studiendesigns haben in bestimmten Situationen Vorteile gegenüber anderen, daher ist es möglich und sinnvoll, die Wahl der Verfahren abhängig von den Zielen der Studie und den gegebenen Ressourcen zu machen (Costello, Egger & Angold, 2005).

2.4.2 Einflussfaktoren auf die Gesamtprävalenz

Es wurden in verschiedenen Übersichtsarbeiten Faktoren herausgearbeitet, die sich systematisch auf die in Studien gefundene Störungsprävalenz auswirken.

So hat schon das regionale Setting einer Studie offenbar einen Einfluss auf deren Ergebnis: Barkmann & Schulte-Markwort (2004) zufolge ermitteln Untersuchungen an städtischen Populationen durchschnittlich höhere Werte als solche an nichtstädtischen ($M_{\text{städtisch}}=18,3\%$ vs. $M_{\text{nichtstädtisch}}=16,2\%$). Wird die Grundgesamtheit der Studie institutionsbezogen definiert, resultiert eine durchschnittlich höhere Prävalenz ($M=18,3\%$) als bei einer populationsbezogen definierten ($M=16,8\%$). Auch die Auswahl der Teilnehmer aus der Grundgesamtheit ($M_{\text{total}}=15,8\%$, $M_{\text{Zufall}}=18,4\%$, $M_{\text{Quoten}}=16,3\%$, $M_{\text{Klumpen}}=19,9\%$) und die Art und Zahl der Informationsquellen ($M_{\text{Eltern}}=15,1\%$, $M_{\text{Selbsturteil, Erzieher o. Untersucher}}=21,4\%$, $M_{\text{mehrere}}=18,5\%$) haben Einfluss auf das Ergebnis der Studie.

Auch Falldefinition („caseness“) und damit verbunden das Vorgehen zur Fallidentifikation haben einen Einfluss auf die ermittelte Prävalenz: Studien, die Fälle nach DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition) bzw. DSM-III-R-Kategorien definieren, ermitteln Prävalenzen im Bereich von 19%-23% bzw. 20%-22%, während Studien, die die klinische Beurteilung zur Falldefinition benutzen, nur Raten von 10%-14% psychischer Auffälligkeit feststellen. Die zusätzliche Erhebung eines Kriteriums, welches den Schweregrad der Auffälligkeit oder den Grad der psychosozialen Einschränkung der Studienteilnehmer erfasst, reduziert die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten in der Studienpopulation dramatisch: Studien, die ein solches Kriterium aufweisen, finden typischerweise eine weniger als halb so hohe Rate an psychischen Auffälligkeiten, als solche, die die Prävalenz nur anhand symptombezogener Kriterien bestimmen (Roberts et al. 1998). Dies wird im Folgenden noch von Interesse sein, wenn es um die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfs- und Interventionsangebote geht. Was die Fallidentifikation betrifft, führt die Verwendung von Interviews und Fragebögen nach Rutter zu Prävalenzen von $M=12\%$, des Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS) zu einem Wert von $M=14\%$. Das Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) schliesslich findet Prävalenzen von 20% bis 25% (Roberts et al. 1998).

Im Vergleich der Studien aus Deutschland konnte ebenfalls ein Einfluss des Fallkriteriums und des Verfahrens zur Fallidentifikation auf die Gesamtprävalenz nachgewiesen werden: Wird das Urteil des Untersuchers oder des Befragten zur Falldefinition herangezogen, wird eine höhere Prävalenz ermittelt ($M=20,2\%$) als bei Anwendung von Diagnosekriterien ($M=16,6\%$) oder Fragebogenkriterien ($M=16,5\%$). Die Verwendung der Child Behavior Checklist (CBCL) führt zu Prävalenzraten von $M=16,4\%$, anderer Fragebögen zu $M=18,6\%$. Einstufige Studien ermitteln eine Prävalenz von durchschnittlich $M=15\%$, zweistufige von $M=17,5\%$. Kein Zusammenhang mit der ermittelten Prävalenzrate kann nachgewiesen werden für die Art des Studiendesigns, dem gewählten Datenerhebungsverfahren, der Stichprobengröße und der Rücklaufquote. Ebenso ist kein systematischer Einfluss des gewählten

Prävalenzzeitraumes auf die Prävalenzrate festzustellen (Barkmann & Schulte-Markwort 2004).

Einschränkend muss gesagt werden, dass es in der Praxis nicht immer möglich ist, die Effekte verschiedener Studienmerkmale voneinander zu trennen („Confounding“). Aus eigener Überlegung erklärt dies, warum der berücksichtigte Zeitraum scheinbar keinen Einfluss auf die ermittelte Prävalenz hat, auch wenn dies praktischer Erfahrung widerspricht. Auch wird in den Übersichtsarbeiten betont, dass beim Vergleich der Studien einige Merkmalskombinationen nur selten auftreten, was die Möglichkeit objektiver Aussagen einschränkt. Für die Zukunft wird einstimmig eine bessere Koordination der epidemiologischen Studien in Bezug auf die Methodik gefordert (Roberts et al. 1998; Barkmann & Schulte-Markwort 2004; Ihle & Esser 2002).

2.4.3 Alters- und Geschlechtsverteilung psychischer Auffälligkeiten

Aus mehreren epidemiologischen Studien, ebenso auch aus zwei der bereits zitierten Übersichtsarbeiten zum Thema (Roberts et al. 1998; Barkmann & Schulte-Markwort 2004) geht hervor, dass die Gesamtprävalenz kinder- und jugendpsychiatrischer Auffälligkeiten in der altersgruppenspezifischen Analyse eine kontinuierliche Zunahme vom Kindes- bis zum späten Jugendalter zeigt. Dieser Trend wird im Zusammenhang mit der Epidemiologie psychischer Erkrankungen häufig zitiert und hat vielfach in kinder- und jugendpsychiatrische Fachliteratur Einzug gehalten. Dass diese Befunde allerdings nicht unwidersprochen bleiben, sei an dieser Stelle kurz bemerkt: Ihle und Esser (2002) können in ihrer Übersichtsarbeit keine eindeutige Zunahme der Auffälligkeiten über die Altersgruppen feststellen.

Mit Blick auf geschlechtsspezifische Verteilungen bei der Prävalenz spezifischer Auffälligkeiten ist belegt, dass Jungen häufiger von externalisierenden Störungen, Mädchen häufiger von internalisierenden Störungen betroffen sind. Ebenso kann gezeigt werden, dass externalisierende Störungen sich früher manifestieren, früher von den Betroffenen und deren Umwelt wahrgenommen

werden und häufiger bei Therapeuten vorgestellt werden (Cantwell, Lewinsohn, Rode & Seeley 1997; Verhulst 1995; Wu et al. 1999; Meltzer, Gatward, Goodman & Ford 2000). Kongruent dazu ist der Befund, dass in der Kindheit Jungen insgesamt häufiger psychische Auffälligkeiten aufweisen, während sich im Jugendalter das Geschlechterverhältnis egalisiert oder sogar umkehrt, da die bei Mädchen häufiger auftretenden internalisierenden Störungen charakteristischerweise erst später manifest werden (z. B. Holtmann & Schmidt 2004; McGee, Feehan & Williams 1995; vgl. Petermann 2005).

2.4.4 Prävalenz spezifischer Störungsbilder

Bei der störungsspezifischen Analyse der Studien zur Epidemiologie kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen stellen sich Angststörungen mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 10,4% als am weitesten verbreitet heraus. Darauf folgen dissoziale Verhaltensstörungen mit 7,5% und depressive Verstimmungen sowie hyperkinetische Störungen mit jeweils 4,4%. Tics bzw. Stereotypien wurden bei durchschnittlich 2,8%, Enuresis bei 2,5% und Enkopresis bei 0,4% der Studienteilnehmer festgestellt (Ihle & Esser 2002).

Tab. 2.2 Arbeiten zur Prävalenz spezifischer Störungen

Art der Störung:	Quelle:	Prävalenz:
Hyperkinetische Störungen	Breton et al. (1999)	3,8 – 9,8
Störungen des Sozialverhaltens	Cohen et al. (1993) Lahey et al. (1999)	2 – 11,9 m 10-16; w 4-7
Oppositionelles Trotzverhalten	Cohen et al. (1993)	m 14,2; w 10,4
Depressive Störungen	Birmaher et al (1996)	0,4 – 2,5 bzw. 0,4 – 8,3 (Kinder/Jugendl.)
Überängstlichkeit	Lavigne et al. (1996)	0,7 – 12,5
Trennungsangst	Cohen et al. (1993)	m 11,4; w 13,1
Ticstörung und Stereotypien	Esser & Schmidt (1987)	m 4,6; w 9,3
Enuresis	Von Gontard et al. (1998)	10,0
Bulimia nervosa	Ledoux et al. (1991)	0,3 – 7
Autismus (Kanner)	Rapin (1997)	0,04 – 0,1
Autismus (Asperger)	Ehlers & Gilberg (1993)	0,25 – 0,35

Nach Laucht & Schmidt (2001); m: männlich, w: weiblich

Geschlechts- und Altersunterschiede in der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten werden auch in der störungsspezifischen Analyse der epidemiologischen Daten deutlich:

Wird in der Übersicht von Ihle und Esser (2002) alleine die Altersgruppe bis 13 Jahren berücksichtigt, verändert sich die krankheitsspezifische Prävalenz: Es ergeben sich durchschnittliche Prävalenzen von 7% für Angststörungen, 6,5% für dissoziale Störungen, 3,5% für hyperkinetische Störungen sowie von 1,5% für depressive Störungen. Damit zeigen sich also deutlich niedrigere Prävalenzraten internalisierender Auffälligkeiten. Ähnliche Prävalenzraten spezifischer Störungsbilder finden sich im internationalen Vergleich, wobei auch der geschlechtsabhängige Trend bestätigt wird (Wadell, Offord, Shepherd, Hua, & McEwan, 2002).

Im Zusammenhang mit der Altersabhängigkeit psychischer Auffälligkeiten ist zu berücksichtigen, dass einige Störungen erst ab einem bestimmten Alter der Kinder zu diagnostizieren sind (z. B. Enuresis). Weiterhin existieren für die frühe Kindheit bis 3 Jahren kaum verlässliche Prävalenzangaben. Auch verändert sich das Risiko, an einer spezifischen Störung zu erkranken, mit dem Alter: Während das durchschnittliche Erstmanifestationsalter für hyperkinetische Störungen im Vorschul- bis Schulalter liegt, manifestieren sich z. B. Anorexia oder Bulimia nervosa eher erst im Jugendalter (Laucht & Schmidt 2001).

Tab. 2.3 Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit spezifischer psychischer Störungsbilder

Art der Störung:	Verhältnis männlich/weiblich
Hyperkinetische Störungen	3:1 bis 9:1
Störungen des Sozialverhaltens	m>w
Oppositionelles Trotzverhalten	m>w
Depressive Störungen	1:2 bis 1:3
Angststörungen	1:2 bis 1:3
Essstörungen	1:9
Ausscheidungsstörungen	m>w
Störungen durch Substanzkonsum	m>w
Autismus	2,3:1 bis 5,7:1

Nach Petermann et al. (2000), vgl. Laucht & Schmidt (2001)

2.5 Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungseinheiten

2.5.1 Literaturrecherche und -überblick

Die systematische Recherche erfolgte wie unter Epidemiologie beschrieben unter Einbeziehung der Suchbegriffe „Inanspruchnahme“, „Versorgungsforschung“, „behandelte Prävalenz“, verknüpft mit den Begriffen „Kind“, „Jugendlich“, „psychiatr* AND Auffällig* OR Störung“ sowie deren englischen Synonyma in den Datenbanken PsycInfo, PSYINDEX und PubMed. Dabei fiel zunächst die große Variationsbreite der Forschung zur Inanspruchnahme auf: Es existieren zahlreiche störungsspezifische Arbeiten, die die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten durch Patienten mit bestimmten Störungsbildern erforschen, ein weiterer Schwerpunkt der Forschung liegt in der Evaluation spezifischer, z. T. neuartiger Versorgungsinstitutionen, Zuweisungswege oder Strukturen generell. Ebenso wurden Studien zur regionalen Versorgungslage bestimmter Gebiete betrieben (s. u.).

Das Ziel der Recherche war es zunächst, Veröffentlichungen aufzufinden, die sich aus der Perspektive der Versorgungsforschung mit der Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungseinheiten auseinandersetzen, um Anhaltspunkte zu gewinnen, welche Faktoren auf Patienten- bzw. institutioneller Seite für eine erhöhte/verminderte Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen verantwortlich sind. Dabei sollten, wenn möglich, vor allem Studien identifiziert werden, die ambulante Versorgungseinheiten untersuchten.

Bei der Sichtung der internationalen Literatur zum Thema fiel auf, dass sich die Inhalte der v. a. US-amerikanischen und britischen Forschung schlecht auf die deutschen Verhältnisse übertragen lassen: Zu unterschiedlich sind die Infrastruktur der Gesundheitswesen, zu unterschiedlich die demographischen Gegebenheiten, zu verschieden die Akteure im Versorgungsprozess. So liegt ein Augenmerk US-amerikanischer Forscher häufig auf Fragen z. B. der Erreichbarkeit mangelhaft krankenversicherter Individuen durch spezifische

Hilfsangebote; Fragen, die in Deutschland hingegen von sehr untergeordneter Bedeutung sind. Wo im Weiteren Bezug auf internationale Quellen genommen wird, geschieht dies auf Literaturangaben in deutschsprachigen Arbeiten hin.

Die ersten systematischen Analysen der Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung stammen aus den siebziger Jahren: Jungmann, Göbel & Remschmidt (1978) untersuchen das ambulante Patientenkollektiv der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung der Freien Universität Berlin anhand eines fallbezogenen Dokumentationsbogens. Dort werden Häufigkeitsverteilungen zu diagnostischen Klassifizierungen nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema (MAS) und soziodemographischen Merkmalen der Patienten aufgeführt. Steinhausen & Göbel (1981 und 1982) erfassen mit einem modifizierten Dokumentationsbogen symptombezogene Prävalenzraten und Zusammenhänge zwischen Symptomen und (MAS-) Diagnosen.

Einen Vergleich aller ambulanten Versorgungseinheiten einer Region stellen Höger, Quistorp, Bahr & Breull (1984 und 1985) in der Studie zum Inanspruchnahmeklientel kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung in Südniedersachsen an. Die Studie beschreibt die Inanspruchnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik der Universität Göttingen, der Erziehungsberatungsstellen, der Jugendämter und der schulpsychologischen Dienste der Region.

Weiterhin verdienen Aba & Hendrichs (1989) Erwähnung, die als erste die stationäre Inanspruchnahmepopulation einer nicht-universitären Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie über mehrere Jahre detailliert beschreiben.

Eine sehr umfangreiche Untersuchung leisteten Remschmidt & Walter (1989) in der vollständigen Erhebung der Inanspruchnahme sämtlicher psychosozialer Versorgungseinheiten für Kinder und Jugendliche dreier hessischer Landkreise. Dabei arbeiten die Autoren dieser viel beachteten Studie Aussagen über die Versorgungslage der jeweiligen Regionen heraus.

Ebenfalls über die Erhebung einer vollständigen regionalen Inanspruchnahmepopulation stellen von Aster, Meier & Steinhausen (1998) im Kanton Zürich einen Vergleich zwischen den Subpopulationen aus ambulanter, tagesklinischer und stationärer Versorgung anhand 5 Achsen des MAS an. Es werden im stationären Bereich auffällige Unterschiede zu vergleichbaren Populationen aus Deutschland beschrieben, die auf verschiedene Strukturmerkmale des kantonalen Versorgungsangebots zurückgeführt werden.

2.5.2 Ergebnisse der Forschung zur Inanspruchnahme

Es ist davon auszugehen, dass nur etwa 20% aller psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen fachspezifische Hilfe erhält (Höger 1995). In einer Vielzahl von Studien wurde die große Diskrepanz zwischen dem Anteil Kinder/Jugendlicher mit problemanzeigenden Verhaltensweisen und derer, die sich tatsächlich in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befinden, aufgezeigt. Remschmidt und Walter (1990) zum Beispiel stellen in einer repräsentativen Stichprobe einen Anteil zumindest abklärungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher von 12,7% (mindestens zwei kritische Items im Erhebungsbogen nach Achenbach/Edelbrock) fest. Tatsächlich in Behandlung befanden sich in dieser Stichprobe gerade einmal 3,3%. Selbst wenn man von der aus epidemiologischen Untersuchungen abgeleiteten Mindestrate von 5% behandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher ausgeht, muss davon ausgegangen werden, dass immer noch einem erheblichen Anteil interventionsbedürftiger Heranwachsender der Zugang zu Versorgungsangeboten versagt bleibt. Im Folgenden sollen nun Faktoren angeführt werden, die in entsprechenden Untersuchungen einen Zusammenhang zum Inanspruchnahmeverhalten erkennen ließen.

Dabei lassen sich nach Höger (1995) kinds-, familien- und institutions- bzw. versorgungsbezogene Merkmale, sowie Problemwahrnehmung und Einstellungen der Betroffenen differenzieren.

So zeigt sich, dass jüngere Kinder häufiger als ältere in Kontakt mit Hilfsangeboten kommen, der Tiefpunkt dieser Entwicklung liegt im Jugendalter

(Remschmidt & Walter 1990). Etwa zwei Drittel der Patienten sind zwischen 6 und 14 Jahren alt. Jugendliche tendieren dagegen offenbar eher dazu, Unterstützung innerhalb ihres sozialen Netzes zu suchen, als Fachleute zu konsultieren (Offer, Howard, Schonert & Ostrov 1991). In den meisten Studienpopulationen war ein Überhang männlicher Patienten in der Behandlungsgruppe zu verzeichnen (Costello & Janiszewski 1990; Esser, Lahnert & Schmidt 1986; Koot & Verhulst 1992). In Untersuchungen, die verschiedene Altersgruppen differenziert untersuchen, konnte eine Veränderung der Geschlechtsverteilung im späteren Jugendalter nachgewiesen werden: Während in der Altersgruppe von 0-14 Jahren Jungen in unterschiedlichem Maße stärker vertreten sind, überwiegen ab dem 15. Lebensjahr Mädchen (Köster & v. Ferber, 1999). Denselben Umschwung berichten auch Goldbeck und Göbel (1990) sowie Presting, Höger, Witte-Lakemann, Specht und Rothenberger (1998); tatsächlich stimmen diese Ergebnisse gut mit in der Epidemiologie gefundenen Unterschieden in der Morbidität an psychischen Störungen zwischen verschiedenen Altersgruppen und den Geschlechtern überein.

Lange Dauer und v. a. starke Ausprägung (Schweregrad) einer psychischen Störung führen zu einer erhöhten Inanspruchnahme fachlicher Hilfe (Koot & Verhulst 1992; Esser et al. 1986), in Bezug auf die Sozialschicht ist die Datenlage uneinheitlich: Während die meisten Studien einen Zusammenhang niedrigerer Sozialschicht mit Inanspruchnahme zeigen, erweisen sich in der Studie von Remschmidt & Walter (1990b) Kinder und Jugendliche aus oberen Sozialschichten in den Behandlungsgruppen über-, aus mittleren unterrepräsentiert, während der Anteil Kinder und Jugendlicher aus unteren sozialen Schichten sich in behandelter und unbehandelter Gruppe nicht unterschied.

Auch für infrastrukturelle Faktoren wurde ein Einfluß auf die Inanspruchnahme nachgewiesen (Walter, Kampert & Remschmidt 1988; Remschmidt, Walter, Kampert & Henninghausen 1990): So nimmt die Inanspruchnahme mit zunehmender Entfernung zwischen Wohnort und Klinik ab, während gleichzeitig die Behandlungsdauer zunimmt. Patienten, bei denen eine gemeindenahe

Versorgung nicht gewährleistet war, waren zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme älter, hatten schwerwiegendere Diagnosen und wurden signifikant länger behandelt als solche, die aus Gebieten mit ambulanten Versorgungsmöglichkeiten kamen.

In Bezug auf die Inanspruchnahme verschiedener Versorgungssektoren existieren wenige Arbeiten, die einen Vergleich ambulanter mit stationären Behandlungssettings anstellen: Goldbeck und Göbel (1990) z. B. analysieren die Zusammensetzung der stationären Klientel der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der Freien Universität Berlin anhand der Krankengeschichten dreier Jahrgänge. Im Vergleich mit Daten ambulanter Patienten von Jungmann, Göbel & Remschmidt (1978) zeigen sich beträchtlich höhere psychosoziale Belastungen der stationären Patienten, Angehörige stationärer Patienten sind häufiger psychisch auffällig und sie entstammen häufiger „broken homes“.

Hinsichtlich der Diagnosenverteilung in Versorgungseinheiten lassen sich bestimmte Trends feststellen, wenn auch die Vergleichbarkeit wegen unterschiedlich vorgenommener Einteilung in Diagnosegruppen und der Verwendung unterschiedlicher Klassifikationsmanuals eingeschränkt ist: Es zeigt sich eine Häufung von Störungen des Sozialverhaltens im stationären Bereich, während in ambulanten Settings eher neurotische und emotionale Störungen vorherrschen, vor allem auch Patienten ohne psychiatrische Diagnose auf Achse 1 MAS (von Aster et al. 1998; vgl. Remschmidt & Walter 1989). Weiter konstatieren Schmidt, Armbruster, Günzler & Stober (1978), dass ambulante Versorgung vor allem Kindern aus Mittelschichtfamilien mit Teilleistungsschwächen zugute kommt, während stationäre Behandlung durch schwer gestörte, vor allem psychotische und verwahrloste Patienten und Kinder aus Unterschichtfamilien in Anspruch genommen wird.

Spezifisch zur Versorgung durch niedergelassene kinder- und jugendpsychiatrische Praxen existieren, wie bereits erwähnt, bis dato äußerst wenige Veröffentlichungen: Einzig Reingen und Heubach (1983), Schydlo und Heubach (1992) sowie Jungmann & Roosen-Runge (2004) liefern detailliertere

Zahlen über die Inanspruchnahme psychosozialer Versorgung aus diesem Bereich.

Reingen & Heubach (1983) finden in Bezug auf die Geschlechtsverteilung in der untersuchten Praxis ein Überwiegen der Jungen gegenüber den Mädchen im Verhältnis 2:1, die Altersverteilung zeigt eine Spitze im Bereich 9- bis 11-jähriger Kinder. Bezüglich der Störungsverteilung sind „Psychogene Störungen mit überwiegend körperlicher bzw. überwiegend psychischer Symptomatik“ (29,8 bzw. 14,1%) und hyperkinetische Störungen (14,7%) im Klientel am häufigsten vertreten. In der Untersuchung von Schydlo & Heubach (1992) zeigen sich in der Inanspruchnahmepopulation zwei Altersspitzen: einmal im Alter von 4-5 Jahren (17,5%), zum anderen im Altersbereich zwischen 7-12 Jahren, der mit über 50% den größten Anteil des Klientels darstellt. Unter den Diagnosen herrschen Anpassungsreaktionen (20,8%), „spezifische, nicht-psychotische psychische Störungen nach Hirnschädigungen“ (18,6%) und „spezielle, nicht anderweitig klassifizierbare [...] Syndrome“ (18,4%) vor, hyperkinetische Störungen werden bei 14,7% der Kinder diagnostiziert. In der Aufstellung der Autoren werden, wenn nötig, mehrere Diagnosen pro Patient registriert, im Schnitt 2,5 Diagnosen pro Patient.

Bei Jungmann & Roosen-Runge (2004) zeigen sich das auch in stationären Versorgungseinheiten zu findende Überwiegen von Jungen bis in die späte Kindheit mit einer Verschiebung zu Lasten der Mädchen um das 14. Lebensjahr. Weiterhin wird ein Anstieg mit dem Erreichen des Schulalters beschrieben, auch dies kongruent zu bisherigen Ergebnissen aus Epidemiologie und Forschung zur Inanspruchnahme. Die meisten der vorgestellten Kinder waren zwischen 5 und 14 Jahren alt. Dabei wurden pro Patient im Schnitt 1,5 Diagnosen auf Achse I MAS gestellt – Hyperkinetische Störungen, emotionale Störungen und Störungen des Sozialverhaltens herrschen unter den Störungsbildern vor. Weiterhin wurden bei knapp der Hälfte der Patienten Teilleistungsschwächen diagnostiziert.

Bezüglich der Verallgemeinerbarkeit der Studienergebnisse zur Inanspruchnahme sei zum Schluss folgendes erwähnt: Presting, Höger, Witte-

Lakemann, Specht & Rothenberger stellen in ihrer Untersuchung von 1998 im stationären Versorgungsbereich fest, dass es einen „Prototypen“ einer Versorgungseinheit nicht gibt. In einem Vergleich 13 niedersächsischer kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken können die Autoren zwar einige Gemeinsamkeiten zwischen den Kliniken im Hinblick auf das Patientenkollektiv ausmachen, die erheblichen Unterschiede in den meisten erfassten Variablen leiten sie jedoch zu der Schlussfolgerung, dass aus den Inanspruchnahmedaten einzelner Kliniken keine verallgemeinerbaren Schlüsse auf die Struktur derartiger Versorgungseinheiten insgesamt gezogen werden können.

2.6 Auswahl der Vergleichstudien

2.6.1 Studien zur Prävalenz psychischer Störungen:

Die Identifikation der Studien die zum Vergleich mit den Daten des „kjp-Qualitätsprojektes“ herangezogen werden erfolgte zunächst anhand der Übersicht von Ihle und Esser (2002), die u. a. folgende Ansprüche an die einbezogenen Studien stellen:

1. repräsentative Stichproben, Information über Stichprobenziehung und Ausschöpfungsrate,
2. genügend große Stichprobe,
3. Verwendung strukturierter Interviews,
4. Einbeziehung eines breiten Spektrums psychischer Störungen und
5. kategoriale Falldefinition/-identifikation nach DSM-III/III-R/IV bzw. ICD-9/10.

Die Verwendung dieser Kriterien erscheint sinnvoll, da bereits in vorangegangenen Literaturübersichten zum Thema (vgl. z. B. Roberts et al., 1998) konstatiert wurde, dass die methodische Verschiedenheit der Studien eine der Hauptschwierigkeiten beim Vergleich epidemiologischer Daten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellt.

Die Auswahl von Ihle und Esser wurde zunächst durch eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, PSYINDEX und PSYCInfo über die Jahre 1998 – 2006 unter Verwendung der 5 oben genannten Kriterien ergänzt (Tab. 2.4), bevor in einem weiteren Schritt die Studien unter Hinzunahme folgender Aspekte gesichtet und ausgewählt wurden:

6. Die Publikationen zu den Studien müssen Angaben zu Prävalenzen für mindestens eine Altersgruppe bis einschließlich 10 Jahre (Vorschule [-6 Jahre] und/oder Grundschule [-10 Jahre]) und eine über 10 Jahren (späte Kindheit [-13 Jahre] und/oder Jugend [ab 14 Jahre]) und

7. innerhalb der Altersgruppen für beide Geschlechter getrennt machen.

In den aktuellen Literaturübersichten zum Thema (vgl. z. B. Barkmann & Schulte-Markwort 2004) wird deutlich, dass sich die Ergebnisse internationaler Studien aus anderen Industrienationen zur Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, sofern methodisch ähnlich, durchaus in der gleichen Größenordnung bewegen wie Studien aus Deutschland. Daher erscheint es gerechtfertigt, in die Aufstellung auch internationale Studien, die den o. g. Kriterien genügen, aufzunehmen.

Die Anwendung der Kriterien führt zur Auswahl der Studien 10, 11 und 25.

Tab. 2.4 Epidemiologische Studien der KJP mit Falldefinition nach ICD-9/10 oder DSM-III(R)/IV

#	Studie	Teilnehmer N	Alter	Klassifi- kation	Diagn. m/w?	Alters- gruppen	Diagn./ AG/ m/w?
1	Canino et al. (2004) Puerto Rico	1897	4-17	DSM-IV	N	K.A.	OR
2	Ehringer et al. (2006), Twin-Pair Study, USA	2750	12-19	DSM-IV	J	12-13, 14-15, 16-17, 18-19	J
3	Andrade et al. (2006), Hawaii	619	13-21	DSM-III-R	J	In Klassen angegeben	N
4	Lynch et al. (2006), IRL	723	12-15	DSM-IV	N	K.A.	N
5	Egger et al. (2006), PAPA-Assessment USA	1073	2-5	DSM-IV	N	K.A.	N
6	Petersen et al. (2006), DAN	751	8-9	DSM-IV	N	K.A.	N
7	Jané Claustre et al. (2006), SPA	1104	3-6	DSM-IV	N	K.A.	N
8	Gau et al. (2005), TWN	1070	13-15	DSM-IV	N (nur Odds Ratios)	In Klassen angegeben	N (OR)

Tab. 2.4-Fortsetzung. Epidemiologische Studien mit Falldefinition nach ICD-9/10 oder DSM-III(R)/IV

#	Studie	Teilnehmer N	Alter	Klassifi- kation	Diagn. m/w?	Alters- gruppen	Diagn./ AG/ m/w?
9	Fleitlich-Bilyk et al. (2004), BRZ	1251	7-14	DSM-IV	J	7-10; 11-14	N
10	BCAMHS 2004, GB	7977	5-16	ICD-10	J	5-10 11-16	J
11	Meltzer et al. (2000), Ford et al. (2003) BCAMHS 1999, GB	10438	5-15	ICD-10, DSM-IV	J	5-10 11-15	J
12	Breton et al. (1999) QCMHS, CAN	2400	6-14	DSM-III-R	*	6-8, 9-11 12-14, 6-14	*
13	Essau et al. (1998) Bremer Jugend- Studie, D	1035	12-17	DSM-IV	J	**	N
14	Puura et al. (1998) Südfinnland-Studie, FIN	278	8-9	DSM-III-R	J	K.A.	N
15	Steinhausen et al. (1998) Zürich Epidemiological Study; CH	379/ 399?	6-17	DSM-III-R	GP	GP: 7-9, 10- 13	GP
16	Lieb, Wittchen et al. (1998, 2000) EDSP study, D	3021	14-24	DSM-IV	J	14-17, 18-20, 21-24	N
17	Andrés et al. (1999), Valencia, SPA	387	10	DSM-III-R	J	10	(J)
18	Simonoff et al. (1997) Virginia-Twin-Study, USA	2762	8-16	DSM-III-R	J	8-10, 11-13, 14-16	J
19	Verhulst et al. (1997) Rotterdam Studie	780	13-18	DSM-III-R	N	N.A.	N
20	Costello et al. (1996, 2003) Great Smoky Mountains Study	1015	9-16	DSM-III-R	J	9-10, 11, 12, 13,14,15,16	N
21	Shaffer et al. (1996) MECA-Studie	1285	9-17	DSM-III-R	?	?	?
22	Fombonne (1994) Chartes Study, FRA	2158	8-11	ICD-9	J	8-9 10-11	N
23	Lewinsohn et al. (1993) Oregon Adolescent Depression Project	1710 (1508)	14-18 (15- 19)	DSM-III-R	J	14-18 15-19	(J)
24	Fergusson et al. (1993) Christchurch Study, NZL	961-986	15	DSM-III-R	J	15	(J)
25	Esser et al. (1990, 1992, 2000) Kurpfalzerhebung	399 356 340 321	8 13 18 25	ICD-9, ICD-10	J	8, 13, 18	J
26	Velez et al. (1989), Cohen et al. (1993) NYCLS, USA	776 734	9-18; 11-20	DSM-III-R	N	9-12,13-18; 11-14,15-20 // 10-13, 14-16, 17-20	J
27	Offord et al. (1987, 1992) Ontario Child Health Study, USA	1617 (1172)	4-12 (8-16)	DSM-III	J	4-11 12-16	J
28	Weyerer et al. (1988) Oberbayrische Feldstudie, D	358	3-14	ICD-9	N	3-14	N
29	Costello et al. (1988, 1993) Pennsylvania Study, USA	300 278	7-11 12-18	DSM-III DSM-III-R	J	7-9, 10-11	N
30	Kashani et al. (1987) Colombia, MO, USA	150	14-16	DSM-III	J	14-16	N
31	Anderson et al. (1987) , McGee et al (1990), Feehan et al (1994) Newman et al. (1996) Dunedin Study, NZL	792 934 890 939-957	11 15 18 21	DSM-III, DSM-III-R	J	11 15 18 21	(J)

Tab. 2.4-Fortsetzung. Epidemiologische Studien mit Falldefinition nach ICD-9/10 oder DSM-III(R)/IV

#	Studie	Teilnehmer N	Alter	Klassifi- kation	Diagn. m/w?	Alters- gruppen	Diagn./ AG/ m/w?
32	Richman et al. (1982) London Study, GB	212 185	3 8		??	??	??
33	Rutter et al (1970), Graham & Rutter (1973) Isle of Wight Studies, GB	2199 2303	10-11 14-15	ICD-9	J	14-15	N

k.A.: Keine Angabe; OR: nur als Odds Ratio angegeben; GP: nur für die Gesamtprävalenz angegeben

2.6.2 Studien zur Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungseinheiten

Ziel der Suche war es, Studien zu identifizieren, die die Inanspruchnahmepopulationen kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungseinheiten möglichst detailliert beschreiben, um die Daten aus dem kjp-Qualitätsprojekt zu bisherigen Veröffentlichungen aus dem Bereich der Versorgungsforschung in Bezug zu setzen. Dies soll eine Aussage darüber ermöglichen, wie sich die Inanspruchnahmeklientel der untersuchten kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen vor dem Hintergrund der Gesamtversorgungssituation darstellt. Kriterien für die Auswahl der Publikationen waren:

1. Alters- und Geschlechtsverteilung der IAP werden genannt
2. Es werden Angaben zur Diagnosenverteilung in der IAP gemäß gängiger Klassifikationsmanuals (ICD-9/10, DSM-III/III-R/IV) gemacht.

In der Auswahl berücksichtigt wurden nur Studien zur Versorgung eines breiten Spektrums psychischer Störungen, Evaluationen störungsspezifischer Interventionsangebote bleiben ausgenommen. Des Weiteren wurde die Recherche auf Studien aus Deutschland eingeschränkt, da ja ausdrückliches Anliegen der vorliegenden Arbeit ist, zu untersuchen, wie sich die Patientenkollktive der untersuchten Praxen im Kontext der hiesigen Versorgungssituation darstellen. Als interessant fielen während der freien Recherche in Fachzeitschriften noch einige Arbeiten auf, in denen bestimmte Fragestellungen in Stichproben psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher erforscht wurden, die gewissermaßen Inanspruchnahmepopulationen der

jeweiligen Versorgungseinheit widerspiegeln, jedoch waren die Informationen, die zu diesen Stichproben gegeben wurden in keinem der Fälle hinreichend differenziert, um für den systematischen Vergleich herangezogen zu werden, so dass diesem „Pfad“ nicht weiter nachgegangen wurde.

Die Ergebnisse der Recherche sind in Tab. 2.5 dargestellt. Für die umfassende statistische Analyse der Daten des kjp-Qualitätsprojektes wurde vorausgesetzt, dass zum Vergleich heranzuziehende Studien folgende weitere Kriterien erfüllen:

3. Die Studien nennen explizit zumindest prozentuale Häufigkeiten zu Punkten 1 und 2 (Tatsächlich finden sich in einigen Studien nur qualitative Angaben in Form von Balkendiagrammen)
4. Es werden über den Studienzeitraum vollständige IAP erhoben.
5. IAP werden nach Versorgungsbereich (stationär, ambulant, Erziehungsberatungsstelle) differenziert beschrieben.
6. Angaben zur Diagnosenverteilung in der IAP werden wenigstens nach Altersgruppen *oder* Geschlecht differenziert.

Tab. 2.5 Studien zur Inanspruchnahme psychosozialer Versorgung

#	Studie/ Autor	Teil- neh- mer N	Alter	Diagnose- schlüssel	Stationär/ ambulant	IAP m/w?	IAP AG	Diagn./ m/w	Diagn./ AG	Diag n./ AG/ m/w
1	Jungmann & Roosen- Runge (2004)	490	2-19	ICD-10	Amb.	J	2-19, für jedes Jahr	N	N	N
2	Köster et al. (1999)	1343	0-19	ICD-10	regional	J	versch.	J	(J)	(J)
3	Presting et al. (1998)	1236	<6 - >18	ICD-10	Beides, nicht getrennt	J	<6, 6- 10, 11- 14, 15-17, >17	N	N	N
4	Von Aster et al. (1998)	7538	?	ICD-10	Amb./ Stat./ TK	N	K. A.	N	N	N
5	Schydlo& Heubach (1992)	191?	2-19	ICD-10	Amb.	N	2-19, für jedes Jahr	N	N	N
6	Goldbeck& Göbel (1990)	207	<5 - >14	ICD-9	Stat.	(J)*	-5, 6-9, 10-13, >13	N	N	N
7	Remschmidt et al. (1989 & 1990)	3280	0 - >17	ICD-9	Beides, z.T. getrennt	z.T.	0-2, 3- 5, 6-8, 9-12, 12-15, 15-17, >17	z.T.	z.T.	N

Tab. 2.5-Fortsetzung. Studien zur Inanspruchnahme psychosozialer Versorgung

#	Studie/ Autor	Teil- nehm- er N	Alter	Diagnose- schlüssel	Stationär/ ambulant	IAP m/w?	IAP AG	Diagn./ m/w	Diagn./ AG	Diag n./ AG/ m/w
8	Aba & Hendrichs (1989)	1108	1 - >15	ICD-9	Stat.	(J)	5-17	(J)	(J)	(J)
9	Sundström et al. (1987)	??	<5 - >15	ICD-9	EZB/ Amb.	J	<5, 6- 14, >14	N	N	N
10	Hummel (1986)	766	1-20	?	Stat.	(J)	1-20, für jedes Jahr	N	N	N
11	Castell et al. (1981)	236?	?	ICD-9	Regional	N	K. A.	N	N	N
12	Schmidt et al. (1978)	1161	?	ICD-9	Amb./ Stat	N	K. A.	N	N	N

Amb.: Ambulanter Bereich; Stat.: Stationärer Bereich; EZB: Erziehungsberatungsstelle; regional: Regional definierte Stichprobe

Die konsequente Anwendung dieser Kriterien reduziert die Anzahl zum Vergleich in Frage kommender Studien auf null. Um die gegebenen Fragestellungen bearbeiten zu können, wurden also die für die jeweilige Fragestellung geeigneten Studien mit der jeweils differenziertesten Darstellung der Ergebnisse herangezogen. Dies sind im Einzelnen die Studien 2 und 7.

2.7 Kurze Beschreibung der Vergleichstudien

2.7.1 British Child and Adolescent Mental Health Survey

Der BCAMHS wurde in den Jahren 1999 und 2004 unabhängig voneinander als Querschnittuntersuchung durchgeführt. Die beiden Studien wurden in der Literaturrecherche als die umfangreichsten Arbeiten der letzten Jahre zum Thema identifiziert und sind weiterhin überaus detailliert dokumentiert. Die Berichte zu den Studien sind im Internet unter http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health zum Download verfügbar.

Untersucht werden eine N=10438 (BCAMHS 1999) bzw. N=7977 (BCAMHS 2004) Teilnehmer große Bevölkerungsstichprobe zwischen 5-15 bzw. 5-16 Jahren auf die 6-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen nach ICD-10-Kriterien und mutmaßlich damit assoziierter Einflussfaktoren. Die Studien

erscheinen zum Vergleich mit der kjp-QP-Stichprobe gut geeignet, da die Darstellung der Ergebnisse in den Veröffentlichungen unter allen identifizierten Studien den höchsten Differenzierungsgrad aufweist. Es muss erwähnt werden, dass die BCAMHS die Registrierung mehrerer Diagnosen pro Teilnehmer erlauben, diese Tatsache sowie das bedauerliche Fehlen einer „Restkategorie“ führen dazu, dass die Summen der Diagnosekategorien in einzelnen Alters- bzw. Geschlechtsgruppen u. U. von den Angaben für die Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeit abweichen. Im systematischen Vergleich (Kap. 6.1) werden die kjp-QP-Daten den BCAMHS 1999 und 2004 in den Altersgruppen 5-10, 11-15/16 und 5-15/16, zunächst in den vier übergeordneten Störungskategorien Emotionalstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Hyperkinetische und seltene Störungen gegenübergestellt.

2.7.2 Mannheimer Kurpfalzstudie

Die viel beachtete Kurpfalzstudie des Mannheimer Instituts für seelische Gesundheit stellt eine prospektive epidemiologische Längsschnittstudie zu Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters dar und verfolgt eine Stichprobe von initial N=216 Teilnehmern über 17 Jahre zu vier Zeitpunkten. Angegeben werden für jeden Erhebungszeitpunkt die 6-Monatsprävalenzraten vier übergeordneter Störungskategorien: neurotische und Emotionalstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, hyperkinetische Störungen und andere, vorwiegend entwicklungsabhängige Störungen. Der systematische Vergleich mit den Daten des kjp-QP wird für die beiden Erhebungszeitpunkte „8 Jahre“ und „13 Jahre“ durchgeführt. Die angegebenen Störungskategorien beinhalten nach ICD-9 klassifizierte Störungsbilder, was dem Vergleich einen Arbeitsschritt der Umkodierung in das aktuelle ICD-10 vorausstellt. Die Aussagekraft des Vergleiches mag aufgrund des engen Altersspektrums eingeschränkt sein, es sei jedoch darauf verwiesen, dass bis zum heutigen Zeitpunkt keine umfassenderen Studien zum Thema vorliegen, die den oben erläuterten Kriterien genügen.

2.7.3 Versichertenstichprobe Dortmund: „Bericht zur Häufigkeit und Verteilung psychosozialer und psychiatrischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (0-19 Jahre) in Herne“

Diese Studie von Köster und von Ferber (1999) basiert auf einer Versichertenstichprobe der AOK Dortmund, die auf die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten als Behandlungsanlass untersucht wurde. Die Studie nimmt gewissermaßen eine Zwischenstellung zwischen Prävalenzstudie und Inanspruchnahmestudie ein, da einerseits die Prävalenz psychischer Störungen in einer repräsentativen Stichprobe gesetzlich Krankenversicherter beschrieben wird, andererseits aber eben jene Prävalenz aus der Dokumentation des Kostenträgers berechnet wird (*behandelte Prävalenz*). Dies setzt voraus, dass die in der Studie als psychisch auffällig identifizierten Teilnehmer schon eine, wie auch immer geartete, durch die öffentlichen Krankenkassen erstattete Behandlung erfahren, d. h. Versorgung *in Anspruch* nehmen. Diese Tatsache lässt es gerechtfertigt erscheinen, die genannte Studie im Vergleich mit der kjp-QP-Stichprobe als Inanspruchnahmestudie zu handhaben. Zwar werden im Bericht keine Informationen über die Diagnosenverteilung in den einzelnen Versorgungssektoren gegeben, doch ermöglicht die Gegenüberstellung mit den Daten des kjp-QP eine Einschätzung, wie sich die kjp-QP-Stichprobe auf eine regionale Inanspruchnahmepopulation projiziert. In der Studie werden die Häufigkeiten der Diagnosegruppen Verhaltens- und Emotionalstörungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen/Faktoren, Entwicklungsstörungen sowie neurotischen, Belastungs- und somatoforme Störungen in einer Stichprobe von n=1343 Teilnehmern genannt.

2.7.4 Nordhessische Versorgungsstudie: „Evaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung – Analysen und Erhebungen in drei hessischen Landkreisen“

Dieses im Rahmen des „Modellprojektes Psychiatrie“ der Bundesregierung in den achtziger Jahren durchgeführte Forschungsprojekt untersucht das kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungssystem einer drei nordhessische Landkreise umfassenden Modellregion. Anhand der Erhebung und Analyse einer nahezu vollständigen Inanspruchnahmepopulation der Modellregion über

die verschiedenen Versorgungssektoren werden von den Autoren Remschmidt & Walter (1989) Aussagen zur regionalen Versorgungssituation und zu Interaktionen zwischen den Sektoren getroffen. Unter anderem gibt die Studie Auskunft über die Diagnosenverteilung innerhalb der Inanspruchnahmepopulationen der einzelnen Versorgungssektoren und differenziert diese nach Geschlechtern. Für den statistischen Vergleich mit der eigenen Analysestichprobe werden die Ergebnisse der Studie aus dem ambulanten Versorgungsbereich herangezogen, der n=2755 Patienten erfasst. Die Diagnosegruppen, für die die Häufigkeiten angegeben werden, sind aus nach dem zu dieser Zeit gültigen Klassifikationsmanual ICD-9 klassifizierten Störungen zusammengesetzt. Da für die kjp-QP-Analysestichprobe die Angaben zur Diagnose nach ICD-10 kodiert vorliegen, wird für den systematischen Vergleich eine Umcodierung vorgenommen. Dieser Schritt wird im folgenden Methodenteil eingehend erläutert. Leider kann die systematische Untersuchung nicht für unterschiedliche Altersgruppen geleistet werden, da Angaben zur Altersverteilung in der Inanspruchnahmepopulation nur in Form statistischer Maße (Mittelwert bzw. Median) gemacht werden. Weiter muss erwähnt werden, dass in der Untersuchung die Vergabe mehrere Diagnosen auf MAS-Achse I möglich ist, ohne dass Angaben darüber gemacht werden, wie viele Diagnosen durchschnittlich pro Patient vergeben wurden.

3. Fragestellung

Wie eingangs skizziert, ist es Anliegen der vorliegenden Dissertation, eine umfassende Darstellung des Klientels der untersuchten Praxen zu leisten, dabei wird die Untersuchung von folgenden Fragen geleitet:

Entsprechen Alters-, Geschlechts- und Diagnosenverteilung im untersuchten Klientel kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen (Analysestichprobe aus dem kjp-Qualitätsprojekt) den bisher publizierten Ergebnissen aus epidemiologischen Prävalenz- und Versorgungsstudien?

In diesem Abschnitt wird sich zeigen, ob die Zusammensetzung der Analysestichprobe bezüglich der Merkmale Alter, Geschlecht und klinisch-psychiatrische Diagnose jenen entspricht, die in bisherigen Veröffentlichungen gefunden wurden. Durch die Einbeziehung von Daten sowohl aus Prävalenzstudien als auch aus Versorgungsstudien ermöglichen sich Aussagen, ob die Merkmalsverteilung über alle Praxen zusammengefasst grundsätzlich der Verteilung in der Bevölkerung entspricht und ob eventuelle Abweichungen durch bisherige Modelle zum Inanspruchnahmeverhalten erklärbar sind. Weiter wird der Vergleich der Analysestichprobe mit Daten zur Prävalenz kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen Aufschluss darüber geben, ob die Versorgung durch kinder- und jugendpsychiatrische Praxen allen Betroffenen gleichermaßen zugute kommt, oder ob bestimmte Patientengruppen durch praxenärztliche Versorgung besser erreichbar sind als andere. Diese Untersuchung wird durch den statistischen Test auf Unabhängigkeit vollzogen, der im folgenden Kapitel ausführlich beschrieben wird. Die zweite Leitfrage der vorliegenden Untersuchung lautet:

Unterscheiden sich die Patientenkollektive in den neun am kjp-Projekt teilnehmenden Praxen bedeutsam hinsichtlich der Alters-, Geschlechts- und Diagnosenverteilung?

Zur Untersuchung dieser Frage werden die Praxen hinsichtlich der Merkmale Alter, Geschlecht, Diagnose auf den Achsen I, II, IV-VI des MAS und subjektive Schichtzugehörigkeit der Eltern teststatistisch verglichen. Dadurch wird sich zeigen, ob sich hier grundsätzliche, signifikante Unterschiede in der Zusammensetzung des Praxenklientels offenbaren und wie verallgemeinerbar Ergebnisse gelten dürfen, die anhand einzelner Praxen gewonnen werden.

4. Methode

4.1 Methode – Der systematische Vergleich

Für den systematischen Vergleich berücksichtigt werden die ICD-10 Diagnosecodes der Hauptdiagnose, die in den von den Praxen ausgefüllten Basisdokumentationen (BADO) der am kjp-QP teilnehmenden Patienten dokumentiert sind. Aufgrund der Unterschiede in der Darstellung der Ergebnisse der Vergleichsstudien wird folgendes Vorgehen gewählt: Zunächst werden die Daten des kjp-QP den jeweiligen Vergleichsstudien einzeln gegenübergestellt, wozu die kjp-QP-Stichprobe gemäß deren Darstellung angepasst wird. Betrachtet wird jeweils eine Teilstichprobe („Auswahl“) der kjp-QP-Analysestichprobe, die den Altersbereich und die erfassten Diagnosen der jeweiligen Vergleichsstudie umfasst. Durch die Einteilung in Altersgruppen analog zu der jeweiligen Referenzstudie entstehen Teilstichproben (kjp-QP – Vergleichsstudie) nach Altersgruppe und Geschlecht, deren Übereinstimmung in der Diagnosenverteilung mittels χ^2 -Test bzw. Fischers exaktem Test untersucht werden. Die dafür erforderlichen absoluten Zahlen wurden für die Vergleichsstudien, wenn nötig, anhand deren Prozentangaben nachträglich berechnet. Aufgrund von Rundungsfehlern ist es möglich, dass die Gesamthäufigkeit einzelner Störungskategorien nicht mit der Summe aus den für Jungen und Mädchen einzeln angegebenen Häufigkeiten übereinstimmt. Wo dies der Fall ist, ist dies in den Tabellen im Anhang gesondert gekennzeichnet. Vorgreifend sei erwähnt, dass die höchste Abweichung der aus dem Prozentwert errechneten Häufigkeit von der Summe Jungen + Mädchen $n=7$ beträgt.

Üblicherweise wird die Prävalenz ICD-klassifizierter Diagnosen in epidemiologischen Studien der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Form übergeordneter Diagnosenkategorien angegeben, evtl. ergänzt durch die Angaben zu den häufigsten Einzeldiagnosen der Kategorien. Die Zuordnung von Einzeldiagnosen zu bestimmten Kategorien erfolgt in der überwiegenden Zahl der Studien weniger unter ätiologischen Gesichtspunkten wie in der ICD

als vielmehr unter klinischen Aspekten, d. h. orientiert an Leitsymptomen (Ausnahme: Köster & v. Ferber, 1999). So können z. B. unter „Angststörungen“ Störungsbilder genannt werden, deren führendes klinisches Merkmal Angst ist, gleich, ob deren zugrunde liegende Störung neurotischer, depressiver oder traumatischer Genese ist. Diese Form der Darstellung erscheint aus Gründen der Anschaulichkeit und Didaktik durchaus sinnvoll, wirft aber ein Problem auf: Leider existieren keine verbindlichen Regeln für die Bildung übergeordneter Kategorien, so dass diese zwischen unterschiedlichen Studien in einzelnen Punkten bzw. Einzeldiagnosen variieren. Da überdies meist keine exakten Angaben gemacht werden, welche Einzeldiagnosen zu einer übergeordneten Kategorie zusammengefasst werden, ist im Vergleich eine vollständige Deckungsgleichheit der Kategorien praktisch nicht zu erzielen. Weiterhin erscheint eine Zuordnung von gemischten Störungen, in denen mehrere Symptome in klinisch gleich starker Ausprägung vorliegen, schwierig.

Inwiefern diese Ungenauigkeiten tatsächlich eine systematische Fehlerquelle darstellen, kann aufgrund fehlender Vergleichsmöglichkeiten nicht abschließend beurteilt werden. In der Durchsicht der eigenen Daten und der Vergleichsstudien wird allerdings deutlich, dass sich die oben genannten Unsicherheiten fast ausschließlich auf ohnehin seltene Störungen beziehen, so dass der Fehler, der aus uneinheitlicher Bildung von Diagnosegruppen resultiert, als sehr gering eingeschätzt werden kann. Dafür spricht auch, dass die berichtete Problematik in keiner der Übersichtsarbeiten Beachtung findet, im Vergleich zu anderen methodischen Differenzen also offenbar keinen nachweisbaren bzw. relevanten Einfluss auf die gefundene Prävalenz zu haben scheint. Im Übrigen wurde für die vorliegende Arbeit versucht, durch die Generierung relativ umfassender Überkategorien der Einfluss solcher Unsicherheiten auf die Kategorien möglichst gering zu halten.

Für die Darstellung der eigenen Ergebnisse wird eine Form gewählt, die eine möglichst umfassende Darstellung der Analysestichprobe gewährleistet und es andererseits ermöglicht, deren Daten möglichst differenziert mit den Ergebnissen der Vergleichsstudien in Beziehung zu setzen. Dafür wird zunächst ein kurzer Überblick über die Zusammensetzung der kjp-QP-Analysestichprobe

gegeben (Kap. 5: Stichprobe) bevor im Ergebnisteil (Kap. 6.1) einzelne Vergleiche zwischen den Daten des kjp-Qualitätsprojektes und denen der Referenzstudien anhand von „kleinsten gemeinsamen Vielfachen“ durchgeführt werden. Es ist ersichtlich, dass der dabei erreichte Differenzierungsgrad der Darstellung maßgeblich von der Vergleichsstudie abhängt. Abschließend erfolgt der statistische Vergleich der relevanten Merkmalsverteilungen innerhalb der Analytestichprobe, differenziert nach den einzelnen, am kjp-QP teilnehmenden Praxen (Kap. 6.2).

4.2 Anpassung des Datensatzes an die Vergleichsstudien

Um den systematischen Vergleich zu ermöglichen, wurde die Analytestichprobe in Altersbereich und übergeordneten Diagnosekategorien gemäß der Darstellung der jeweiligen Vergleichsstudie angepasst. Wenn sich (in den älteren Vergleichsstudien) die Diagnosekategorien aus ICD-9-kategorisierten Diagnosen zusammensetzen, wurden die Angaben zunächst in einem Zwischenschritt in die ICD-10-Systematik umcodiert. Dies geschah anhand der Überleitungstabelle des Deutschen Institutes für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), die auf dessen Homepage zum Download erhältlich ist. Wenn bei der Einteilung in Diagnosegruppen im Rahmen der Einzelvergleiche Schwierigkeiten auftauchten, weil mehrere ICD-9-Diagnosecodes, die in der Vergleichsstudie verschiedenen übergeordneten Diagnosegruppen zugeordnet wurden gemäß der Überleitungstabelle unter einem ICD-10-Code zusammengefasst wurden, was vereinzelt vorkam, wurden Einzelfallentscheidungen über die Zuordnung des ICD-10-Codes zu einer Übergruppe getroffen. Dies war insgesamt jedoch nur sehr selten vonnöten. Auch wenn die Überführung der Diagnosencodes von ICD-9 nach ICD-10 anhand der genannten Systematik vor allem aus Gründen des Arbeitsaufwandes nicht in letzter Instanz sinnvoll erscheint und der Versuch einer Umkodierung nach pragmatischen Aspekten durchaus naheliegt, wurde sich bewusst für die systematische Herangehensweise entschieden, um ein Höchstmaß an Exaktheit und Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Im Einzelnen wurde die kjp-QP-Stichprobe wie folgt selektiert:

4.2.1 Vergleich mit den British Child and Adolescent Mental Health Surveys (Ford, Goodman, Meltzer et al. 1999, 2004)

Die Veröffentlichungen zu beiden Studien, die in den Jahren 1999 und 2004 in Großbritannien durchgeführt wurden, nennen die Prävalenz von ICD-10-codierten Störungen. Da, wie bereits allgemein angeführt, dabei nicht vollständig dokumentiert ist, welche Diagnosencodes in den übergeordneten Kategorien enthalten sind, kann nicht von einer absoluten Deckungsgleichheit der Kategorien aus BCAMHS und kjp-QP ausgegangen werden. Wie ebenfalls bereits erwähnt, betrifft dieses Problem vor allem seltene Diagnosen wie Mischsyndrome, daher wurde versucht dieser Tatsache Rechnung zu tragen, indem die übergeordneten Kategorien relativ umfassend gewählt wurden, um den Einfluss seltener Diagnosen auf die Kategorien so gering wie möglich zu halten. Weiterhin unterscheiden sich die Surveys 1999 und 2004 in der Eingrenzung der oberen Altersgruppe (11-15 bzw. 11-16 Jahre). Daher wurden die Prävalenzen in der betreffenden Altersgruppe im kjp-QP zweifach berechnet: einmal unter Einbeziehung, einmal unter Ausschluss der 16-jährigen Studienteilnehmer. Die Berücksichtigung dieser Vorgaben führt zu einer Stichprobengröße der Analysestichprobe von N=551 bzw. N=560.

Es soll noch einmal aufgegriffen werden, dass im BCAMHS u. U. mehrere Diagnosen pro Teilnehmer erfasst werden, ohne den Einfluss dieser Tatsache auf die einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen gesondert zu kennzeichnen. Dieser Umstand kann nur wahrgenommen und erwähnt werden, führt aber zu keinen Konsequenzen in der Methodik des systematischen Vergleiches, da dieses Problem anhand der gegebenen Informationen nicht methodisch handhabbar ist. Obwohl die BADO die Dokumentation von bis zu drei Diagnosen pro Patient ermöglicht, wird in der vorliegenden Arbeit auch im Vergleich mit der BCAMHS ausdrücklich nur die erste (Haupt-) Diagnose berücksichtigt, da davon ausgegangen wird, dass diese den Hauptvorstellungsanlass des Patienten in der Praxis am besten repräsentiert.

Im Einzelnen wurde den in der Vergleichstudie angegebenen Störungskategorien wie folgt zugeordnet:

Tab. 4.1 Störungskategorie/Berücksichtigte Einzeldiagnosen für Vergleich kjp-QP – BCAMHS 99/04

	BCAMHS	kjp-Qualitätsprojekt Analysestichprobe
Emotionalstörungen	Angststörungen: Trennungängste, Phobien, Panik- störungen, posttraumatische Ängste, generalisierte Ängste, Zwänge, andere Ängste. Depressionen.	ICD-10 F32, 33, 34.1, 40.0 - 40.2, 40.9, 41.0 – 41.3, 41.8, 41.9, 42, 43, 93.0 - 93.3, 93.8, 93.9
Störungen des Sozialverhaltens	Oppositionelles Verhalten, SDS im familiären Rahmen, SDS bei fehlenden/vorhandenen sozialen Bindungen, andere SDS.	ICD-10 F91.0 - 91.3, 91.8, 91.9, 92
Hyperkinetische Störungen	Hyperkinetische Störungen, „andere hyperkinetische Störungen“.	ICD-10 F90.0, 90.1, 90.8, 90.9
„less common disorders“	Tiefgreifende Entwicklungs- störungen, Tics, Essstörungen.	ICD-10 F50, 84.1 - 84.9, 84.5, 94.0, 95

SDS: Störungen des Sozialverhaltens.

4.2.2 Vergleich mit der Kurpfalz-Studie (Esser, Schmidt, Blanz et al.1992):

Der Kurpfalzstudie liegt das vorangegangene World Health Organization (WHO)-Klassifikationsschema ICD-9 zugrunde. Daher wurden vor Angleichung der eigenen Daten an das Format der Kurpfalzstudie zunächst deren Angaben zu den in den Störungskategorien berücksichtigten Einzelstörungen gemäß der Überleitungstabelle des DIMDI umkodiert. Das Zuordnungsschema wird auf der folgenden Seite wiedergegeben (Tab. 4.2). Analog der Vergleichsstudie werden die Altersgruppen „8 Jahre“ und „13 Jahre“ untersucht. Diese Vorgaben führen zu einer Stichprobengröße der Analysestichprobe von N=119.

Tab. 4.2 Störungskategorie/Berücksichtigte Einzeldiagnosen für Vergleich kjp-QP - Kurpfalzstudie

	Kurpfalz-Studie	kjp-Qualitätsprojekt Analysestichprobe	
	ICD-9	ICD-10, Ziffern 1-3	ICD-10, vierte Ziffer
Neurotische und Emotionalstörungen	300, 313	F32	0; 1
		F33	1
		F34	1; 9
		F40	0-2; 8; 9
		F41	0-3; 8; 9
		F42	0-2; 8; 9
		F43	2
		F44	0-9
		F45	0-3; 8; 9
		F48	0; 1; 8; 9
		F50	5; 8
		F63	3
		F68	0
		F93	1-3; 8; 9
		F94	0-2; 8; 9
Störungen des Sozialverhaltens	312	F63	0-2; 8; 9
		F91	0-3; 8; 9
		F92	0; 8; 9

Tab. 4.2 – Fortsetzung. Störungskategorie/Berücksichtigte Einzeldiagnosen für Vergleich kjp-QP - Kurpfalzstudie

	Kurpfalz-Studie	kjp-Qualitätsprojekt Analysestichprobe	
	ICD-9	ICD-10, Ziffern 1-3	ICD-10, vierte Ziffer
Hyperkinetische Störungen	314	F 90	0; 1; 8; 9
„andere spezifische Störungen“	307	F44	4
		F45	4
		F50, F51	0-5; 8; 9
		F95	0-2; 8; 9
		F98	0-6; 8; 9
		F99	

4.2.3 Vergleich mit der Versichertenstichprobe Dortmund (Köster & v. Ferber 1999)

Der „Bericht zur Häufigkeit und Verteilung psychosozialer und psychiatrischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (0-19 Jahre) in Herne“ (Köster & von Ferber 1999) ist in der Darstellung dessen Ergebnisse zur Häufigkeit psychischer Störungen in der Stichprobe eng am ICD-10 orientiert, was den diesbezüglichen Vergleich mit der kjp-QP-Analysestichprobe vereinfacht. Für die Zwecke der Autoren pragmatisch, für den studienübergreifenden Vergleich jedoch etwas einschränkend, erweist sich die unterschiedliche Bildung der Altersgruppen zwischen den verschiedenen Störungsbildern. Daher werden für die spätere Darstellung im Gesamtvergleich aller Studien nur die ersten drei Diagnosegruppen betrachtet, deren Altersgruppen zu den neuen Gruppen „unter 10 Jahre“ und „über 10 Jahre“ umstrukturiert werden konnten.

Tab. 4.3 Störungskategorie/Berücksichtigte Einzeldiagnosen für Vergleich kjp-QP – Versichertenstichprobe Dortmund

	Versichertenstichprobe Dortmund	kjp-Qualitätsprojekt Analysestichprobe
	ICD-10	ICD-10
„Verhaltens- und emotionale Störungen“	ICD-10 F9	ICD-10 F9
„Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren“	ICD-10 F5	ICD-10 F5
„umschriebene Entwicklungsstörungen“	ICD-10 F8	ICD-10 F8
„neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“	ICD-10 F4	ICD-10 F4

4.2.4 Vergleich mit der Nordhessischen Versorgungsstudie (Remschmidt & Walter 1989)

In der gleichnamigen Monographie zum Forschungsprojekt „Evaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung – Analysen und Erhebungen in drei hessischen Landkreisen“ geben Remschmidt & Walter eine Aufstellung der Diagnosenverteilung im ambulanten Vor- und Kernfeld der untersuchten Regionen. Dabei werden die Angaben zur Diagnosenhäufigkeit nach Geschlechtern differenziert. Für den systematischen Vergleich mit der eigenen Analysestichprobe wurden die nach ICD-9 kodierten Diagnosen der Studie gemäß DIMDI-Schema nach ICD-10 überführt. Folgende Diagnosegruppen wurden gebildet:

Tab. 4.4 Störungskategorie/Berücksichtigte Einzeldiagnosen für Vergleich kjp-QP – Nordhessische Versorgungsstudie

	Nordhessische Versorgungsstudie	kjp-Qualitätsprojekt Analysestichprobe	
	ICD-9	ICD-10, Ziffern 1-3	ICD-10, vierte Ziffer
Neurotische und Emotionalstörungen	300, 313	F32	0-2
		F33	0-2
		F34	1; 9
		F40	0-2; 8; 9
		F41	0-3; 8; 9
		F42	0-2; 8; 9
		F44	0-9
		F45	0-3; 8; 9
		F48	0; 1; 8; 9
		F63	3
		F68	0
		F93	1-3; 8; 9
		F94	0-2; 8; 9
Störungen des Sozialverhaltens	312	F63	0-2; 8; 9
		F91	0-3; 8; 9
		F92	0; 8; 9
Hyperkinetische Störungen	314	F90	0; 1; 8; 9
Anpassungs- und Belastungsreaktionen	308, 309	F43	0-2; 8; 9
		F60	3
		F93	0
Psychische Störungen nach Hirnschädigung	310	F03	
		F06	7
		F07	0-2;

Tab. 4.4 – Fortsetzung. Störungskategorie/Berücksichtigte Einzeldiagnosen für Vergleich kjp-QP – Nordhessische Versorgungsstudie

	Nordhessische Versorgungsstudie	kjp-Qualitätsprojekt Analysestichprobe	
	ICD-9	ICD-10, Ziffern 1-3	ICD-10, vierte Ziffer
Psychotische Störungen	290-299	F00	0; 1; 2; 9
		F01	0-3; 8; 9
		F02	0-4; 8;
		F04	
		F05	0; 1; 8; 9
		F06	0-6; 8; 9
		F09	
		F10 – F19	3-8
		F20	0-6; 8; 9
		F21	
		F22	0; 8; 9
		F23	1-3; 8; 9
		F24	
		F25	0-2; 8; 9
		F28	
		F29	
		F30	0-2; 8; 9
		F31	0-9
		F32	3; 8; 9
		F33	3; 4; 8
		F34	8
		F38	0; 1; 8
		F39	
		F53	1
		F84	0-5; 8; 9
„andere spezifische Störungen“	301-307, 311/3110, 316/3160	F10	0-2
		F11 – F19	0-2; 9
		F34	0
		F45	4
		F50	0-5; 8; 9
		F51	0-5; 8; 9
		F52	0-9
		F54, F55, F59	
		F60	0-9
		F61	
		F62	0; 1; 8; 9
		F64	0-2; 8; 9
		F65	0-6; 8; 9
		F66	0-2; 8; 9
		F68	1; 8;
		F69	
		F80	0; 8
		F95	0-2; 8; 9
		F98	0-6; 8; 9
		F99	

4.3 Teststatistische Verfahren

Für die teststatistischen Überprüfungen werden die in Tab. 4.5 dargestellten Tests verwendet.

Tab. 4.5 Angewendete teststatistische Verfahren

Testverfahren	Anwendungsgebiet	Untersuchte Merkmale
χ^2 -Test	Kategoriale Merkmale	Übergeordnete Diagnosen-, Alters- und Geschlechtsgruppen
Exakter Test nach Fisher	Kategoriale Merkmale bei erwarteten Häufigkeiten <5	Übergeordnete Diagnosen-, Alters- und Geschlechtsgruppen
Rangvarianzanalyse	Ordinalskalierte Merkmale	Soziale Schicht
Einfaktorielle Varianzanalyse	Intervallskalierte Merkmale	Alter, Intelligenz

Bei der Analyse von Mehrfeldertafeln im Anschluss an die χ^2 -Tests bzw. die entsprechenden exakten Tests werden auch die standardisierten Residuen der einzelnen Zellen mitbetrachtet. Die Interpretation dieser orientiert sich am Vorschlag von Bühl & Zöfel (2005, S. 316). Demnach gelten standardisierte Residuen ≥ 2 als signifikant, $\geq 2,6$ als sehr signifikant und $\geq 3,3$ als höchst signifikant, dies gilt im positiven wie im negativen Bereich.

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit SPSS 11.5 bzw. SPSS 12. Kernpunkt der Auswertung ist die Testung auf Unabhängigkeit der Häufigkeitsverteilung bestimmter ICD-10-Diagnosen von den jeweiligen Stichproben. Dies soll Aussagen darüber ermöglichen, ob die Störungsverteilung in der Analysestichprobe a) durch epidemiologische Gesichtspunkte oder durch Modelle aus der Forschung zur Inanspruchnahme erklärt werden kann b) sich zwischen den Praxen grundsätzlich gleicht. Dazu werden der χ^2 -Test nach Pearson und Fishers exakter Test verwendet. Zur statistischen Testung ordinalskalierter Merkmal (soziale Schicht), wird zusätzlich die Rangvarianzanalyse nach Kruskal-Wallis (Bortz & Lienert 2008, S.157 ff.) angewendet, bei der Analyse intervallskalierter Merkmale (Alter, Intelligenz) wird eine einfaktorielle Varianzanalyse (Bortz 2005, S.247 ff.) durchgeführt.

Es kommt unter bestimmten Umständen vor, dass die Durchführung der beschriebenen Tests den Arbeitsspeicher gängiger Heimcomputer überfordert (v. a. bei sehr großen Kontingenztafeln). In diesem Falle ist es möglich, die

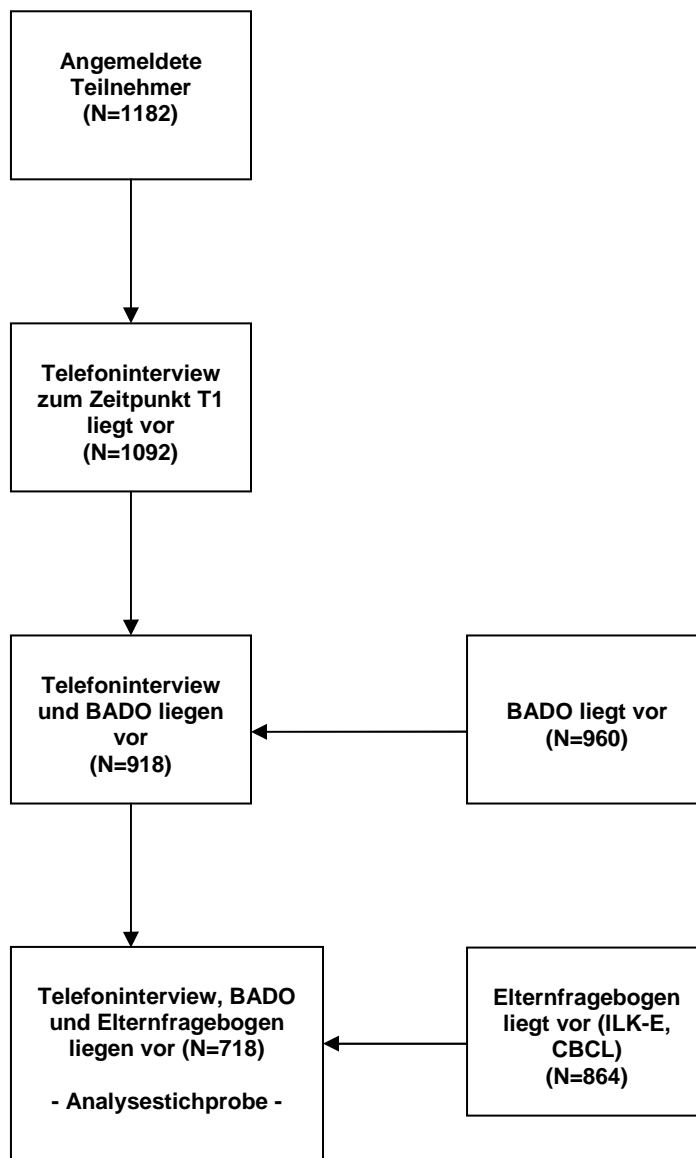
Prüfgröße über eine auf einem Zufallssystem bestehende Schätzmethode zu berechnen. Die Monte-Carlo-Methode gibt den p-Wert der Prüfgröße innerhalb eines Konfidenzintervalles (hier 99%) an. Eine gute Beschreibung der Monte-Carlo-Approximation und ihrer Anwendung unter SPSS findet sich bei Janssen und Laatz (2005; S. 735 ff.).

In der vorliegenden Untersuchung wird das Signifikanzniveau α mit 0,05 festgelegt. In statistischen Untersuchungen gelten üblicherweise Ergebnisse mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit $p \leq 0,05$ als signifikant, solche mit $p \leq 0,01$ als sehr signifikant und solche mit $p \leq 0,001$ als höchst signifikant (Bühl & Zöfel 2005, S. 113). Auf eine Korrektur des p-Wertes für multiples Testen wird mit Hinweis auf den explorativen Charakter der vorliegenden Arbeit verzichtet. Die p-Werte werden nominal angegeben.

5. Stichprobe

Die untersuchte Stichprobe entspricht der Teilstichprobe aus dem Datensatz des „KJP-Qualitätsprojekt“, für die zum ersten Erhebungszeitpunkt die Child Behavior Checklist (CBCL), die Basisdokumentation Kinder und Jugendliche (BADO) und das Telefoninterview mit der Bezugsperson vorliegen. Ausgehend von der Ausgangsstichprobe aller in der Studienzentrale zur Projektteilnahme angemeldeten Patienten (N=1182) ergibt sich gemäß folgender Reduktionstabelle die Größe der untersuchten Analysestichprobe N=718.

Abb. 5.1 Reduktionsdiagramm Gesamtstichprobe → Analysestichprobe



Für die ausführliche Beschreibung der Gesamtstichprobe und Methodik des kjp-Qualitätsprojektes sei auf den Abschlussbericht des Projektes verwiesen (Mattejat, Trosse, John, Bachmann & Remschmidt 2006).

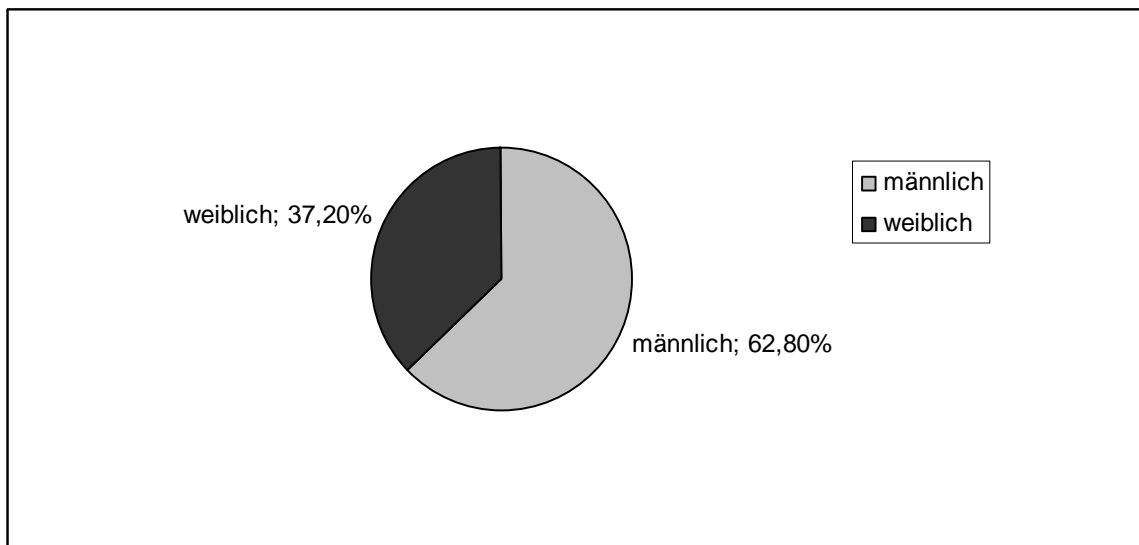
5.1 Geschlecht und Alter der Patienten bei Erstvorstellung

Nach Reduktion des Datensatzes gemäß der genannten Kriterien besteht die Analysestichprobe aus N=451 männlichen und N=267 weiblichen Teilnehmern. Dies entspricht 62,8% (Jungen) bzw. 37,2% (Mädchen).

Tab. 5.1 Geschlechtsverteilung in der Analysestichprobe N=718

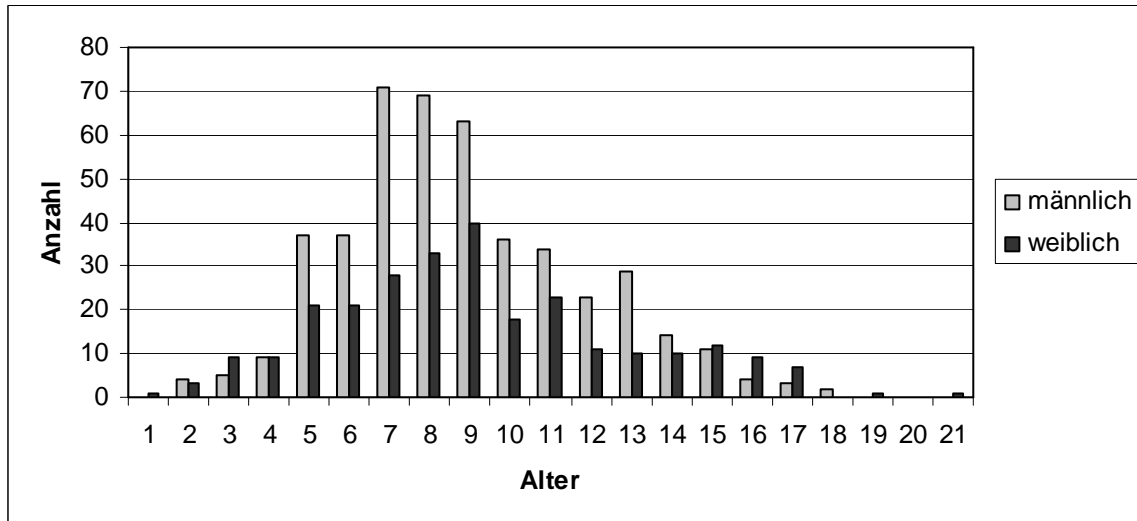
	Häufigkeit N	Prozent %
männlich	451	62,8
weiblich	267	37,2
Gesamt	718	100,0

Abb. 5.2 Kreisdiagramm Geschlechtsverteilung



Das Durchschnittsalter der in die Studie aufgenommenen Patienten beträgt 8,94 Jahre (Standardabweichung SD=3,262; Median Mdn=9 Jahre). 42,3% der Patienten waren zum Zeitpunkt der Erstvorstellung 7-9 Jahre alt.

Abb. 5.3 Geschlechtsbezogene Altersverteilung im Patientenkollektiv



Das Durchschnittsalter der weiblichen Studienteilnehmer ist mit 9,13 Jahren (SD=3,684) geringfügig höher als das der männlichen (8,83 Jahre, SD=2,983). Dabei liegt der Median der geschlechtsbezogenen Altersverteilung um ein Jahr auseinander, $m=8$ Jahre bei Jungen und $m=9$ Jahre bei Mädchen. Bis zum Alter von 4 Jahren sind beide Geschlechter etwa gleich stark in der Analysestichprobe vertreten, ab 5 Jahren zeigt sich zunächst ein wechselnd starker Überhang an Jungen. Dieser zeigt sich besonders deutlich im Alter zwischen 7 und 9 Jahren, in dieser Altersgruppe ist das Geschlechterverhältnis $m:w$ ungefähr 2:1. Im folgenden gleicht sich der Unterschied mit Unterbrechungen aus, bis sich im Alter von 15 Jahren das Geschlechterverhältnis umdreht. In der Altersgruppe 15-17 Jahre findet man einen leichten Überhang an weiblichen Patienten, die Beurteilung der Altersgruppe über 17 Jahren ist aufgrund der geringen Anzahl Studienteilnehmer in diesem Alter nicht möglich. Tabelle 5.2 zeigt die Verteilung auf die verschiedenen Altersgruppen, die Prozentwerte beziehen sich dabei auf das Gesamt der Analysestichprobe mit $N=718$.

Tab. 5.2 Altersverteilung in der Analysestichprobe

Altersgruppen	Jungen (N=451)		Mädchen (N=267)		Analysestichprobe (N = 718)	
	N	%	N	%	N	%
jünger als 6 J.	55	7,7	43	6,0	98	13,6
6-9 Jahre	240	33,4	122	17,0	362	50,4
10-14 Jahre	136	18,9	72	10,0	208	29,0
15-17 Jahre	18	2,5	28	3,9	46	6,4
älter als 17 J.	2	0,3	2	0,3	4	0,6

Prozentangaben bezogen auf $N=718$

5.2 Diagnosenverteilung in der Stichprobe – MAS-Achse I

Die Häufigkeit der in den Modellpraxen vorgestellten kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbilder geht aus Tab. 5.3 hervor. Die übergeordneten Diagnosengruppen entsprechen, um Vergleichbarkeit zu anderen Publikationen des KJP-Qualitätsprojektes zu wahren, denen des Abschlussberichtes des Projektes (Mattejat et al. 2006). Die am häufigsten in der Analysestichprobe vertretenen Diagnosegruppen sind demnach einfache Aktivitäts- & Aufmerksamkeitsstörungen (N=194; 27%), Emotionalstörungen (N=117; 16,3%) und Anpassungsstörungen (N=103; 14,3%). Pro Patient konnten bis zu drei klinisch-psychiatrische Diagnosen auf MAS-Achse I vergeben werden. Betrachtet man die Häufigkeit der Störungskategorien über alle 3 möglichen Diagnosen, wird dieser Trend noch deutlicher: Man kann sagen, dass bei etwa einem Drittel der behandelten Kinder Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen vorliegen, selbst wenn diese nicht im Vordergrund des individuellen psychiatrischen Befundes stehen.

Tab. 5.3 MAS-Achse I – klinisch-psychiatrische Diagnose, Hauptdiagnose

Klinisch-psychiatrische Diagnose (übergeordnete Diagnosegruppen)	Analysestichprobe (N=718)			
	Hauptdiagnose		Alle 3 Diagnosen*	
	N	%	N	%**
Keine Diagnose	34	4,7	---	---
Anpassungsstörungen (F43)	103	14,3	158	22,0
Einfache Aktivitäts- & Aufmerksamkeitsstörung (F90.0, F90.8, F90.9)	194	27,0	247	34,4
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)	69	9,6	89	12,4
Störung des Sozialverhaltens (F91, F92)	61	8,5	101	14,1
Emotionalstörung (F93)	117	16,3	178	24,8
Restkategorie 1 Organische Störungen (F0) Drogenstörungen (F1) Schizophrenie (F2) Affektive Störungen (F3) Neurotische Störungen (F40, F41, F42)	31	4,3	57	7,9
Restkategorie 2 Neurotische Störungen (F44, F45) Anorexie (F50.0, F50.1) Bulimie (F50.2, F50.3) Andere Essstörungen (F50.4) Persönlichkeitsstörungen (F6) Tiefgreifende Entw. Störungen (F84)	30	4,2	52	7,2
Restkategorie 3 Störung der soz. Funktionen (F94) Ticstörungen (F95) Sonstige Verhaltensstörungen (F98) Nicht näher bez. Psych. Störungen (F99)	70	9,7	143	19,9
Andere Diagnosen:	9	1,3	25	3,5
Gesamt	718	100	1050	146,2

* Auf MAS-Achse I konnten pro Patient bis zu 3 Diagnosen vermerkt werden; **Prozentangaben auf N=718 bezogen

Die häufigsten Einzeldiagnosen zeigt Tab. 5.5 Hier zeigen sich Hyperkinetisches Syndrom (36,6%), Emotionalstörungen (16,3%) und Anpassungsstörungen (14,3%) am stärksten vertreten.

Tab. 5.5 Einzeldiagnosen in der Analysestichprobe, MAS-Achse I, Hauptdiagnose

Klinisch-psychiatrische Diagnose	Analysestichprobe (N = 718)			
	Hauptdiagnose		Alle 3 Diagnosen*	
	N	%	N	%
01 Keine Diagnose	34	4,7	---	---
02 Organische Störungen (F0)	1	0,1	3	0,4
03 Schizophrenie (F2)	0	0,0	0	0,0
04 Affektive Störungen (F3)	10	1,4	19	2,6
05 Anpassungsstörungen (F43)	103	14,3	158	22,0
06 Neurotische Störungen (F4 o. F43)	34	4,7	63	8,8
07 Anorexie (F50.0 u. F50.1)	3	0,4	3	0,4
08 Bulimie (F50.2 u. F50.3)	1	0,1	1	0,4
09 Andere Essstörungen (F50.4)	1	0,1	1	0,1
10 Persönlichkeitsstörungen (F60 o. F62-69)	0	0,0	1	0,1
11 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)	8	1,1	12	1,7
12 HKS (F90.0)	263	36,6	336	46,7
13 Störungen des Sozialverhaltens (F91 u. F92)	61	8,5	101	14,1
14 Emotionalstörung (F93)	117	16,3	178	24,7
15 Störung der sozialen Funktionen (F94)	15	2,1	29	4,0
16 Ticstörungen (F95)	8	1,1	18	2,5
17 Sonstige Verhaltensstörungen (F98)	47	6,5	95	13,2
18 Restkategorie	12	1,2	32	4,5
20 Fehlende Angaben	0	0,0	0	0,0
Gesamt	718	100,0	1050	146,2

*Prozentangaben beziehen sich auf N=718

Tab. 5.4 zeigt die Anzahl der Diagnosen pro Patient. Es zeigt sich, dass bei 2/5 der Patienten mehr als eine Diagnose vorliegt.

Tab. 5.4 Anzahl der Diagnosen pro Patient

Komorbidität	Jungen		Mädchen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Patienten ohne Diagnose	21	4,7	13	4,9	34	4,7
Patienten mit 1 Diagnose	234	51,9	149	55,8	383	53,3
Patienten mit 2 Diagnosen	159	35,3	77	28,8	236	32,9
Patienten mit 3 Diagnosen	37	8,2	28	10,5	65	9,1
Gesamt	451	100,1*	267	100,0	718	100,0

Prozentangaben spaltenweise

*Rundungsfehler

5.3 Diagnosenverteilung in der Stichprobe – weitere MAS-Achsen

Achse II des Multiaxialen Klassifikationschemas (MAS) verzeichnet Entwicklungsstörungen des Patienten. Es zeigt sich, dass bei 51,5% der Kinder aus der Analysestichprobe Entwicklungsstörungen vorliegen, dabei sind Jungen (54,2%) etwas häufiger betroffen als Mädchen (46,8%).

Tab. 5.6 Entwicklungsstörungen in der Stichprobe nach Geschlecht in der Analysestichprobe

Entwicklungsstörungen	Jungen (N = 451)		Mädchen (N = 267)		Gesamt (N=718)	
	N	%	N	%	N	%
Patienten mit Entwicklungsrückstand	244	54,1	125	46,8	369	51,4
Patienten ohne Entwicklungsrückstand	206	45,7	142	53,2	348	48,5
Information fehlt	1	0,2	0	0	1	0,1
Gesamt	451	100	267	100	718	100

Prozentangabe spaltenweise

Das Vorkommen von Entwicklungsstörungen in den verschiedenen Altersgruppen zeigt Tabelle 5.7.

Tabelle 5.8 gibt die Häufigkeit von Diagnosen auf MAS-Achse II in übergeordneten Gruppen wieder. Eine detaillierte Auflistung der Häufigkeiten einzelner spezifischer Entwicklungsstörungen findet sich im Anhang.

Tab. 5.7 Entwicklungsstörungen in der Analysestichprobe nach Altersgruppe

Entwicklungsstörungen	Altersgruppe										Gesamt	
	<6 J		6-9 J		10-14 J		15-17 J		>17 J			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Patienten mit Entwicklungs-rückstand	58	59,2	209	57,7	93	44,7	8	17,4	1	25,0	369	51,1
Patienten ohne Entwicklungs-rückstand	40	40,8	152	42,0	115	55,3	38	82,6	3	75	348	48,5
Information fehlt	0	0	1	0,3	0	0	0	0	0	0	1	0,1
Gesamt	98	100	361	100	208	100	46	100	4	100	718	100

Prozentangabe spaltenweise

Tab. 5.8 Entwicklungsstörungen in übergeordneten Gruppen

Häufigkeit der Diagnosen	Analysestichprobe (N=718)	
	N	%*
Legasthenie (F81.0, F81.1)	84	11,7
Rechenschwäche (F81.2)	28	3,9
Sprach- und Sprechstörungen (F80.0, F80.1, F80.2, F80.3, F80.8, F80.9)	97	13,5
Motorischer Entwicklungsrückstand (F82)	145	20,2
Andere Entwicklungsstörungen (F81.3, F81.8, F81.9, F83, F88, F89)	131	18,2
Gesamt	485**	67,5

*bezogen auf die Analysestichprobe N=718

** Mehrfachnennungen möglich

Die Häufigkeit des Auftretens mehrerer Entwicklungsstörungen bei den Patienten wird in Tab. 5.9 beschrieben.

Tab. 5.9 Vorliegen mehrerer Entwicklungsstörungen, MAS-Achse II

Entwicklungsstörungen	Analysestichprobe (N=718)	
	N	%
Keine Entwicklungsstörung	359	50,0
Eine Entwicklungsstörung	263	36,6
Zwei Entwicklungsstörungen	53	7,4
Drei Entwicklungsstörungen	32	4,5
Vier Entwicklungsstörungen	8	1,1
Fünf Entwicklungsstörungen	2	0,3
Sechs Entwicklungsstörungen	1	0,1
Gesamt:	718	100,0

Auf Achse III des MAS wird eine kategoriale Einordnung des Intelligenzniveaus des Patienten vorgenommen. In 58 Fällen wurde das kategoriale Intelligenzniveau nicht in der BADO dokumentiert. Tab. 5.10 gibt die prozentuale Verteilung bezogen auf eine Stichprobengröße von N=660 wieder, also den Teil der Analysestichprobe, für den eine Angabe zu Achse III MAS dokumentiert ist. Die Verteilung bezogen auf die vollständige Analysestichprobe findet sich im Anhang.

Tab. 5.10 MAS-Achse III, kategoriales Intelligenzniveau in der Analysestichprobe

Intelligenzniveau	Jungen		Mädchen		Gesamt	
	N	%*	N	%*	N	%*
(1) Sehr hoch	2	0,5	2	0,8	4	0,6
(2) Hoch	38	9,0	10	4,4	48	7,3
(3) Durchschnittlich	327	77,3	187	78,9	514	77,9
(4) Niedrig	52	12,3	31	13,1	83	12,6
(5) Leicht gemindert	4	0,9	6	2,5	10	1,5
(6) Mittelgradig gemindert	0	0,0	1	0,4	1	0,2
Information fehlt	28	6,2**	30	11,2**	58	8,1**

* bezogen auf eine Stichprobengrösse von N=660, den Teil der Analysestichprobe, für den diese Information vorliegt

** bezogen auf die Analysestichprobe von N=718

Achse IV des MAS registriert körperliche Symptomatiken, die keine psychischen Ursachen haben. Erfasst werden somit ICD-10-Diagnosen der Kapitel A-E und G-Z. Das Vorliegen körperlicher Symptome wird in Tabelle 5.11 beschrieben.

Tab. 5.11 MAS-Achse IV: Körperliche Symptomatik

Körperliche Symptomatik	Jungen (N=451)		Mädchen (N=267)		Analysestichprobe (N=718)	
	N	%	N	%	N	%
Patienten ohne körperliche Symptomatik	354	78,5%	206	77,2%	560	78,0%
Patienten mit körperlicher Symptomatik	96	21,3%	61	22,8%	157	21,9%
Information fehlt	1	0,2%	0	0%	1	0,1%
Gesamt	451	100%	267	100%	1	0,1%

Prozentangaben spaltenweise

Pro Patient konnten bis zu drei somatische Diagnosen dokumentiert werden, die Verteilung in der Analysestichprobe zeigt Tab. 5.12. Die Prozentangaben beziehen sich dabei auf N=718.

Tab. 5.12 MAS-Achse IV – Diagnosen in übergeordneten Gruppen

Körperliche Symptomatik	Kodierung nach ICD-10	N	%
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00 – B99	2	0,3
Neubildungen	C00 – D48	1	0,1
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50 – D89	0	0,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00 – E90	44	6,1
Krankheiten des Nervensystems	G00 – G99	36	5,0

Tab. 5.12 MAS-Achse IV Fortsetzung – Diagnosen in übergeordneten Gruppen

Körperliche Symptomatik	Kodierung nach ICD-10	N	%
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	H00 – H59	17	2,4
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	H60 – H95	4	0,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00 – I99	2	0,3
Krankheiten des Atmungssystems	J00 – J99	13	1,8
Krankheiten des Verdauungssystems	K00 – K93	4	0,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00 – L99	14	1,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00 – M99	2	0,3
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00 – N99	4	0,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	O00 – O99	0	0,0
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	P00 – P96	4	0,6
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	Q00 – Q99	6	0,8
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind.	R00 – R99	19	2,6
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00 – T98	6	0,8
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	V01 – Y98	0	0,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	Z00 – Z99	2	0,3
Schlüsselnummern für besondere Zwecke	U00 – U99	0	0,0

Pro Patient können bis zu drei Diagnosen vergeben werden, mehrere Diagnosen pro Patient innerhalb einer Kategorie werden allerdings nur einfach gezählt; Prozentangaben bezogen auf N=718

Schließlich folgt die Darstellung der Gesamtzahl körperlicher Störungen pro Patient in Tab. 5.13.

Tab. 5.13 Anzahl der Diagnosen auf Achse IV

Körperliche Symptomatik, Anzahl der Diagnosen	N	%
Keine körperliche Diagnose	560	78,0
Eine körperliche Diagnose	136	18,9
Zwei körperliche Diagnosen	19	2,6
Drei körperliche Diagnosen	2	0,3
Information fehlt	1	0,1
Gesamt	718	100,0

Auf MAS-Achse V können die psychosozialen Umstände der Patienten aus Sicht der behandelnden Ärzte dokumentiert werden (Tab. 5.14).

Tab. 5.14 Anteil der Patienten mit Diagnosen auf MAS-Achse V

Abnorme psychosoziale Umstände	Jungen (N=451)		Mädchen (N=267)		Gesamt (N=718)	
	N	%	N	%	N	%
Auffälligkeit auf Achse V	231	51,2	161	60,3	392	54,6
Keine Auffälligkeit auf Achse V	219	48,6	106	39,7	325	45,3
Information fehlt	1	0,2	0	0	1	0,1
Gesamt	451	100	267	100	718	100

Prozentangaben spaltenweise

Demnach zeigen gut die Hälfte der Jungen und 60,3% der Mädchen in der Analysestichprobe Auffälligkeiten im psychosozialen Bereich. Die detaillierte Darstellung einzelner Problembereiche findet sich im Anhang.

MAS-Achse VI dient der globalen Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus der Patienten. Die Verteilung über die Analysestichprobe zeigt Tabelle 5.15.

Tab. 5.15 MAS-Achse VI, psychosoziales Funktionsniveau in der Analysestichprobe

Psychosoziale Anpassung	Jungen		Mädchen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Hervorragende/ gute soziale Anpassung	14	3,1	17	6,4	31	4,3
Befriedigende soziale Anpassung	97	21,5	57	21,3	154	21,4
Leichte soziale Beeinträchtigung	112	24,8	55	20,6	167	23,3
Mäßige soziale Beeinträchtigung	112	24,8	67	25,1	179	24,9
Deutliche soziale Beeinträchtigung	89	19,7	51	19,1	140	19,5
Deutliche und übergreifende soz. Beeinträchtigung	15	3,3	14	5,2	29	4,0
Tiefgreifende und schwerwiegende soz. Beeinträchtigung	4	0,9	1	0,4	5	0,7
Braucht beträchtliche Betreuung	0	0,0	2	0,7	2	0,3
Braucht ständige Betreuung	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Information fehlt	8	1,8	3	1,1	11	1,5
Gesamt	451	100	267	100	718	100

Prozentangaben spaltenweise

Es zeigt sich, dass fast drei Viertel der Kinder und Jugendlichen eine psychosoziale Beeinträchtigung unterschiedlicher Ausprägung zeigen, dabei ist die Hälfte der Patienten leicht oder mäßig beeinträchtigt, ein Viertel sogar deutlich.

5.4 Soziodemografische Angaben

Die folgenden Angaben entstammen dem Telefoninterview mit einem Elternteil der Patienten zum Studienzeitpunkt T1. Zu Methodik der telefonischen Datenerhebung sei auf Mattejat et al. (2006) verwiesen.

Zum Zeitpunkt des Interviews leben 708 Kinder, entsprechend 98,6% der Analysestichprobe in einem Familienhaushalt mit der interviewten Person. In 8 Fällen leben die Kinder in einer betreuenden Einrichtung, ein Kind befindet sich zum Zeitpunkt des ersten Interviews in einer Klinik, ein weiteres Kind lebt beim anderen Elternteil.

Die Haushalte, in denen die Patienten leben, bestehen in 589 Fällen (82,0%) aus beiden Elternteilen, (Ersatz-) Vater und (Ersatz-) Mutter. 112 Kinder (15,6%) leben nur mit der Mutter, 9 Kinder (1,3%) nur mit dem Vater zusammen. 9 Patienten (1,3%) leben zum Zeitpunkt des Erstinterviews nicht in einem Familienhaushalt.

160 Patienten (22,3%) leben ohne Geschwister im Haushalt. 336 Kinder (51,0%) leben mit einem Geschwisterteil, 137 (19,1%) mit zwei Geschwistern, 38 (5,3%) mit 3 Geschwistern, 9 Patienten (1,3%) mit drei Geschwistern und mehr zusammen. Erfasst wurden im Telefoninterview nur die Anzahl der Geschwister, die im selben Haushalt wohnen wie die Studienteilnehmer. Weiter wurden die Interviewpartner um eine Selbsteinschätzung Ihres Sozialstatus gebeten. Die Verteilung gibt Tab. 5.16 wieder.

Tab. 5.16 Angaben zur Bevölkerungsschicht

Bevölkerungsschicht subjektiv	Analysestichstichprobe	
	N	%
Arbeiterschicht	176	24,5
Mittelschicht	397	55,3
Obere Mittelschicht	110	15,3
Oberschicht	7	1,0
Keine dieser Schichten	8	1,1
TNZ, Interview mit Betreuer*	3	0,4
Weiß nicht	17	2,4
Gesamt	718	100,0

TNZ=Trifft nicht zu. Wurde das Gespräch mit z. B. einem Betreuer geführt, wurde die Frage nach der Bevölkerungsschicht nicht gestellt

6. Ergebnisse

Im folgenden Teil werden die der vorliegenden Arbeit zugrundeliegenden Fragestellungen bearbeitet. Diese lauten:

1. Entsprechen Alters-, Geschlechts- und Diagnosenverteilung im untersuchten Klientel kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen (Analysestichprobe aus dem kjp-Qualitätsprojekt) den bisher publizierten Ergebnissen aus epidemiologischen Prävalenz- und Versorgungsstudien?
2. Unterscheiden sich die Patientenkollektive in den neun am kjp-Qualitätsprojekt teilnehmenden Praxen bedeutsam hinsichtlich der Alters-, Geschlechts- und Diagnosenverteilung?

Deren Begründung und Implikationen werden oben in Kapitel 3 ausführlich erörtert. Bearbeitet werden die Fragestellungen, indem zunächst (Abschnitt 6.1) die Verteilungen der Merkmale Alter, Geschlecht und klinisch-psychiatrisches Syndrom in Analysestichprobe und den ausgewählten Vergleichstudien gegenübergestellt werden. Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels (6.2) werden innerhalb der Analysestichprobe (N=718) die Patientenkollektive der einzelnen Praxen statistisch miteinander verglichen. Betrachtet werden dabei die Alters- und Geschlechtsverteilung und die Verteilung der Diagnosen auf den sechs Achsen des multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS) nach Remschmidt & Schmidt (1994).

6.1 Ergebnisse zur ersten Fragestellung: Entsprechen Alters-, Geschlechts- und Diagnosenverteilung im untersuchten Klientel kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen den bisher publizierten Ergebnissen aus epidemiologischen Prävalenz- und Versorgungsstudien?

Im Folgenden werden die Ergebnisse des statistischen Vergleiches der Analysestichprobe mit den ausgewählten Vergleichsstichproben wiedergegeben. Diese sind im Einzelnen:

Tab. 6.1 Übersicht über die Vergleichsstichproben

Vergleichsstichprobe 1	British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999 (BCAMHS99)
Vergleichsstichprobe 2	British Child and Adolescent Mental Health Survey 2004 (BCAMHS04)
Vergleichsstichprobe 3	Kurpfalzstudie (KPS)
Vergleichsstichprobe 4	Versicherungsstudie Dortmund (AOK-DO)
Vergleichsstichprobe 5	Nordhessische Versorgungsstudie
KJP-QP-Analysestichprobe	Stichprobe des KJP-Qualitätsprojektes (KJP-QP)

Dabei wird jeweils eine Auswahl aus der Analysestichprobe, die in Altersbereich und Diagnosespektrum wie in Kap. 4.2 der jeweiligen Vergleichsstichprobe angepasst wurde, der Auswahl psychisch Auffälliger aus diesen gegenübergestellt.

Tab. 6.2 Größe der nach Vergleichsstichprobe selektierten Auswahl aus der Analysestichprobe

Auswahl:	Stichprobenumfang der angepassten Analysestichprobe:
Auswahl 1 – zu Vergleichsstichprobe 1	N=551
Auswahl 2 – zu Vergleichsstichprobe 2	N=560
Auswahl 3 – zu Vergleichsstichprobe 3	N=119
Auswahl 4 – zu Vergleichsstichprobe 4	N=669 bzw. N=533
Auswahl 5 – zu Vergleichsstichprobe 5	N=678

Je nach dem, wie differenziert die Ergebnisse der Vergleichsstichprobe in der Literatur wiedergegeben sind, kann der Vergleich zusätzlich in verschiedenen Teilstichproben geführt werden. Deren Benennung folgt dem Schema in Tabelle 6.3:

Tab. 6.3 Übersicht über die Teilstichproben

Gesamt	Männliche + weibliche Studienteilnehmer, gesamter Altersbereich
Jungen	Männliche Teilnehmer, gesamter Altersbereich
Mädchen	Weibliche Teilnehmer, gesamter Altersbereich
X – Y Jahre	Männliche und weibliche Teilnehmer, Altersbereich x – y Jahre
Jungen X – Y Jahre	Männliche Teilnehmer, Altersbereich X – Y Jahre
Mädchen X – Y Jahre	Weibliche Teilnehmer, Altersbereich X – Y Jahre

6.1.1 Vergleich mit den Daten des British Health Survey 1999

Darstellung der Teilstichproben

Der erste Vergleichsstichprobe, gegen die die Analysestichprobe getestet wird, ist der British Child and Adolescent Mental Health Survey (BCAMHS) aus dem Jahr 1999, eine klassische Prävalenzstudie. Die ausführliche Beschreibung der Vergleichsstudie findet sich in Kap. 2.7.1, das Vorgehen bei der Selegierung der Analysestichprobe gemäß der Vergleichsstudie wird unter 4.2.1 ausführlich erläutert.

Tab. 6.4 Darstellung der Teilstichproben

	Analysestichprobe (N=551)						BCAMHS99 (N=1200)					
	Männlich		Weiblich		Gesamt		Männlich		Weiblich		Gesamt	
Altersgruppe	N	%*	N	%*	N	%**	N	%*	N	%*	N	%**
5-10 Jahre	271	67,2	132	32,8	403	73,1	384	66,6	193	33,5	576	47,9
11-15 Jahre	93	62,8	55	37,2	148	26,9	382	60,0	254	39,9	637	53,0
Gesamt	364	66,1	187	33,9	551	100	762	63,5	444	37,0	1203	100

* Prozentangaben beziehen sich jeweils zeilenweise auf das Gesamt der Altersbereiche. Es ist zu beachten, dass sich die einzelnen Teilstichproben der Vergleichsstudie nicht exakt zum Gesamtwert addieren, da die Absolutzahlen, die für den statistischen Vergleich benötigt wurden, nachträglich aus Prozentwerten berechnet wurden (Kumulation von Rundungsfehlern, siehe Kap. 4).

** Bei BCAMHS99 N=1203 als Summe aller Diagnosehäufigkeiten

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass das Geschlechtsverhältnis in der Vergleichsstichprobe 1 bzw. dem als psychisch auffällig gefundenen Teil der Vergleichsstudie mit ca. 2:1 sehr dicht an dem in der Analysestichprobe vorliegenden Verhältnis liegt. Demgegenüber fällt auf, dass sich die Altersverteilung in den Studien stark unterscheidet. Während in der Analysestichprobe knapp drei Viertel der Patienten 5-10 Jahre alt sind, beträgt das Verhältnis in der Vergleichsstudie zwischen den Altersgruppen annähernd 1:1, wobei die ältere Gruppe sogar knapp überwiegt. Die exemplarische Testung der Teilstichprobe „Gesamt“ ergibt für die Altersverteilung:

Tab. 6.5 Testung der Altersverteilung in den Studien, Teilstichprobe „Gesamt“

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS99	
ALTER	5-10	N	403	576	979
		%	73,1	47,5	55,5
		SR	5,6	-3,7	
	11-15	N	148	637	785
		%	26,9	52,5	44,5
		SR	-6,2	4,2	
Gesamt		N	551	1213	1764
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 100,966; df=1; p<0,0005					

Über die geschlechtsspezifischen Teilstichproben errechnen sich die Prüfgrößen gemäß Tabelle 6.6. Die Kontingenztafeln mit den standardisierten Residuen sind in Kap. 10. im Anhang wiedergegeben.

Tab. 6.6 Chi²- und p-Werte zur Altersverteilung in den Teilstichproben

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheitsgrade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=1764)	100,966	1	<0,0005	---	---
Jungen (N=1130)	59,896	1	<0,0005	---	---
Mädchen (N=634)	39,652	1	<0,0005	---	---

Die Altersverteilung zeigt sich in allen Teilstichproben signifikant unterschiedlich im Sinne einer Überrepräsentation der jüngeren Altersgruppe in der Analysestichprobe bei Unterrepräsentation der älteren.

Bei der Analyse der altersbezogenen Geschlechtsverteilung zeigt sich, dass sowohl in der jüngeren als auch in der älteren Altersgruppe ein Verhältnis m:w von annähernd 2:1 besteht. Dabei geht der Überhang an Jungen von der jüngeren zur älteren Altersgruppe im BCAMHS99 ein wenig stärker zurück als in der Analysestichprobe. Im statistischen Vergleich ergibt sich folgendes Bild:

Tab. 6.7 Testung der Geschlechtsverteilung über die Studien, Teilstichprobe "Gesamt"

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS99	
Geschlecht	männlich	N	364	762	1126
		%	66,1	63,2	64,1
		SR	0,6	-0,4	
	weiblich	N	187	444	631
		%	33,9	36,8	35,9
		SR	-0,8	0,5	
Gesamt		N	551	1206	1757
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 1,361; df=1; p=0,260					

Hier zeigt die Übersicht über die Teilstichproben folgendes Bild:

Tab. 6.8 Chi²- und p-Werte zur Geschlechtsverteilung, alle Teilstichproben

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheitsgrade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=1757)	1,361	1	0,260	---	---
5-10 Jahre (N=980)	0,052	1	0,836	---	---
11-15 Jahre (N=784)	0,387	1	0,576	---	---

Es zeigt sich, dass in sämtlichen altersbezogenen Teilstichproben das Geschlechtsverhältnis so ähnlich ist, dass sich keine signifikanten Werte für die Prüfgröße ergeben, statistisch muss von einer Unabhängigkeit der Variablen „Geschlecht“ und „Stichprobe“ ausgegangen werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Geschlechtsverhältnis in der Vergleichsstichprobe dem der Analysestichprobe annähernd entspricht, während sich die Altersverteilung in beiden Studien deutlich unterscheidet.

Diagnosenverteilung

In der Tabelle 6.9 wird die Diagnosenverteilung der Analysestichprobe mit den entsprechenden Ergebnissen aus dem British Health Survey 1998 verglichen.

Tab. 6.9 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe „Gesamt“

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS99	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	222	449	671
		%	40,3	37,3	38,3
		SR	0,8	-0,5	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	51	553	604
		%	9,3	46,0	34,4
		SR	-10,1	6,8	
	Hyperkinetische Störungen	N	253	149	402
		%	45,9	12,4	22,9
		SR	11,3	-7,6	
	Seltene Störungen	N	25	52	77
		%	4,5	4,3	4,4
		SR	0,2	-0,1	
Gesamt		N	551	1203	1754
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 334,210; df=3; p<0,0005					

Der statistische Test zeigt eine deutliche Abhängigkeit der Variablen „Störung“ und „Stichprobe“, was sich im höchst signifikanten ($p < 0,0005$) Wert der Prüfgröße ausdrückt. Es muss davon ausgegangen werden, dass sich Analysestichprobe und Vergleichsstudie 1 signifikant in der Diagnosenverteilung über Teilstichprobe „Gesamt“ unterscheiden.

Tabelle 6.10 gibt die Ergebnisse der Chi²-Testung auf Unabhängigkeit in den verschiedenen Teilstichproben wieder.

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, zeigen sich in sämtlichen getesteten Teilstichproben unter dem gegebenen Signifikanzniveau höchst signifikante Unterschiede in der Diagnosenverteilung in Analyse- und Vergleichsstichprobe mit $p < 0,0005$. Dies lässt vermuten, dass die Diagnosenverteilung in den Praxen sich zumindest nicht offensichtlich aus epidemiologischen Zahlen herleiten lässt.

Tab. 6.10 Chi²- und p-Werte aus dem Vergleich Analysestichprobe – BCAMHS 99, alle Teilstichproben

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheitsgrade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=1754)	334,210	3	<0,0005	---	---
Jungen (N=1126)	208,961	3	<0,0005	---	---
Mädchen (N=631)	145,177	3	<0,0005	---	---
5-10 Jahre (N=979)	194,934	3	<0,0005	---	---
11-15 Jahre (N=785)	108,810	3	<0,0005	---	---
Jungen 5-10 (N=655)	121,954	3	<0,0005	---	---
Jungen 11-15 (N=475)	--- ^a	---	---	74,744	<0,0005
Mädchen 5-10 (N=325)	87,927	3	<0,0005	95,931	<0,0005
Mädchen 11-15 (N=309)	--- ^a	---	---	40,457	<0,0005

^aEs kommen Zellen in der Kontingenztafel vor, die erwartete Häufigkeiten <5 haben, daher wird die Fisher-Prüfgröße herangezogen. N entspricht der Summe der Teilstichproben der beiden Studien in der jeweiligen Kategorie.

In welchen Zellen der Kontingenztafel oder in welchen Teilstichproben diese Unterschiede am stärksten sind, zeigt die Analyse der standardisierten Residuen (SR), wobei nach Bühl & Zöfel (2005) SR ab +/- 2 als signifikant gelten.

Tab. 6.11 Standardisierte Residuen, Vergleich Analysestichprobe – BCAMHS99, Teilstichproben I

Diagnosegruppe	Standardisierte Residuen/Studie									
	Gesamt		Jungen		Mädchen		5-10 Jahre		11 -15 Jahre	
	ASP	BCAMHS 99	ASP	BCAMHS 99	ASP	BCAMHS 99	ASP	BCAMHS 99	ASP	BCAMHS 99
Emotionalstörungen	0,7	-0,5	1,3	-0,9	0,0	0,0	0,8	-0,7	1,1	-0,5
Störungen des Sozialverhaltens	-10,1	6,8	-8,1	5,6	-6,1	4,0	-7,7	6,4	-6,0	2,9
Hyperkinetische Störungen	11,4	-7,7	8,5	-5,9	8,0	-5,2	7,4	-6,2	7,1	-3,4
Seltenere Störungen	0,2	-0,1	-1,0	0,7	0,9	-0,6	-0,6	0,5	0,8	-0,4

ASP: KJP-QP-Analysestichprobe, BCAMHS99: British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999

Aus den Tabellen 6.11 und 6.11b geht eine deutliche Tendenz hervor: Betrachtet man die Analysestichprobe, so zeigt sich eine höchst signifikante Überrepräsentation hyperkinetischer Störungen (SR=11,4), während Störungen des Sozialverhaltens in der Analysestichprobe um annähernd den selben Betrag höchst signifikant unterrepräsentiert sind (SR=-10,1).

Dieser Trend zeigt sich in sämtlichen Teilstichproben, besonders deutlich in der der männlichen Patienten und der Unter-Elfjährigen. In den übrigen zwei Störungskategorien liegen die standardisierten Residuen deutlich unter 2 bzw. -2 und sind somit nicht signifikant.

Tab. 6.11b Standardisierte Residuen, Vergleich Analysestichprobe – BCAMHS99, Teilstichproben II

Diagnosegruppe	Standardisierte Residuen/Studie							
	Jungen				Mädchen			
	5-10		11-15		5-10 Jahre		11 -15 Jahre	
	ASP	BCAMHS 99	ASP	BCAMHS 99	ASP	BCAMHS 99	ASP	BCAMHS 99
Emotionalstörungen	1,5	-1,2	0,6	-0,3	-0,3	0,3	1,1	-0,5
Störungen des Sozialverhaltens	-6,1	5,2	-4,8	2,4	-4,7	3,9	-3,7	1,7
Hyperkinetische Störungen	5,4	-4,5	5,9	-2,9	5,3	-4,4	3,9	-1,8
Seltenere Störungen	-1,5	1,3	0,9	-0,5	1,2	-1,0	0,2	-0,1

ASP: KJP-QP Analysestichprobe, BCAMHS99: British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999

6.1.2 Vergleich mit den Daten des British Health Survey 2004

Darstellung der Teilstichproben

Die Zusammensetzung der Teilstichproben zeigt Tabelle 6.12. Deutlich fällt auf, dass in der Analysestichprobe die jüngere Altersgruppe wesentlich stärker repräsentiert ist (72,0%) als die ältere, während im BCAMHS04 ein Verhältnis von 40:60 vorliegt. Das in den jeweiligen Gesamtstichproben vorliegende Geschlechtsverhältnis m:w von annähernd 2:1 ist zumindest in der Vergleichsstudie stark vom betrachteten Altersbereich abhängig: Während in der jüngeren Altersgruppe zunächst 70,3% der psychisch auffälligen Kinder Jungen sind, sinkt der Anteil in der älteren Teilstichprobe auf nur noch 57,0%. Auch in der Analysestichprobe sinkt der Anteil männlicher Patienten mit dem Alter, in den gegebenen Altersgruppen allerdings nur um vergleichsweise geringe 5,4%.

Tab. 6.12 Darstellung der Teilstichproben

Altersgruppe	Analysestichprobe (N=560)						BCAMHS04 (N=982)					
	Männlich		Weiblich		Gesamt		Männlich		Weiblich		Gesamt	
	N	%*	N	%*	N	%**	N	%*	N	%*	N	%**
5-10 Jahre	271	67,2	132	32,8	403	72,0	281	70,3	118	29,5	400	40,7
11-16 Jahre	97	61,8	60	38,2	157	28,0	338	57,0	247	41,7	593	60,4
Gesamt	368	65,7	192	34,3	560	100	620	63,1	363	37,0	982	100

* Prozentangaben beziehen sich jeweils zeilenweise auf das Gesamt der Altersbereiche. Es ist zu beachten, dass sich die einzelnen Teilstichproben der Vergleichsstudie nicht exakt zum Gesamtwert addieren, da die Absolutzahlen, die für den statistischen Vergleich benötigt wurden, nachträglich aus Prozentwerten berechnet wurden (Kumulation von Rundungsfehlern, siehe Kap. 3).

** Prozentangabe bezieht spaltenweise sich auf Gesamtumfang der jeweiligen Studie, bei BCAMHS04 N=982 als Summe aller Diagnosehäufigkeiten

Der statistische Vergleich der Alters- und Geschlechtsverteilung vollzieht sich in der Teilstichprobe "Gesamt" gemäß folgender Tabellen:

Tab. 6.13 Altersverteilung über die Studien, Teilstichprobe "Gesamt"

			PRAXIS		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS04	
ALTER	5-10	N	403	400	803
		%	72,0	40,3	51,7
		SR	6,7	-5,0	
	11-15	N	157	593	750
		%	28,0	59,7	48,3
		SR	-6,9	5,2	
Gesamt		N	560	993	1553
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 143,935; df=1; p<0.0005

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 143,935; df=1; p<0,0005

Tab. 6.14 Chi²- und p-Werte zur Altersverteilung, alle Teilstichproben

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheitsgrade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=1553)	143,935	1	<0,0005	---	---
Jungen (N=987)	74,701	1	<0,0005	---	---
Mädchen (N=557)	67,465	1	<0,0005	---	---

Aus obiger Aufstellung geht hervor, dass sich die Altersstruktur der beiden Stichproben in sämtlichen Teilstichproben signifikant unterscheidet, gegenüber dem Health Survey 04 ist in der Analysestichprobe die jüngere Altersgruppe überrepräsentiert, während die ältere unterrepräsentiert ist.

Tab. 6.15 Testung der Geschlechtsverteilung über die Studien, Teilstichprobe "Gesamt"

			PRAXIS		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS04	
Geschlecht	männlich	N	368	620	988
		%	65,7	63,1	64,0
		SR	0,5	-0,4	
	weiblich	N	192	363	555
		%	34,3	36,9	36,0
		SR	-0,7	0,5	
Gesamt		N	560	983	1543
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 1,081; df=1; p=0,321					

Tab. 6.16 Chi²- und p-Werte zur Geschlechtsverteilung, alle Teilstichproben

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheitsgrade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=1543)	1,081	1	0,321	---	---
5-10 Jahre (N=802)	0,945	1	0,360	---	---
11-16 Jahre (N=742)	0,819	1	0,412	---	---

Dagegen ist die Geschlechtsverteilung über alle altersbezogenen Teilstichproben relativ identisch (Tab. 6.15 und 6.16), es zeigen sich keine signifikanten Abweichungen.

Diagnosenverteilung

Exemplarisch wird die statistische Testung zunächst an der Teilstichprobe "Gesamt" vollzogen (Tab. 6.17). Die Übersicht über die Ergebnisse aus der Testung sämtlicher Teilstichproben zeigt Tab. 6.18.

Auch hier zeigt sich, dass im statistischen Vergleich der Analyse- mit der Vergleichstichprobe unter dem gegebenen Signifikanzniveau mit $p < 0,0005$ in allen Teilstichproben eine höchst signifikante Abhängigkeit der Variablen "Störung" und "Studie" besteht.

Tab. 6.17 Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "Gesamt"

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS04	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	229	295	524
		%	40,9	30,0	34,0
		SR	2,8	-2,1	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	51	463	514
		%	9,1	47,1	33,3
		SR	-9,9	7,5	
	Hyperkinetische Störungen	N	254	120	374
		%	45,4	12,2	24,3
		SR	10,1	-7,7	
	Seltene Störungen	N	26	104	130
		%	4,6	10,6	8,4
		SR	-3,1	2,3	
Gesamt		N	560	982	1542
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
Chi-Quadrat nach Pearson 343,611; df=3; p<0,0005.

Tab. 6.18 Chi²- und p-Werte aus dem Vergleich Analysestichprobe – BCAMHS 04, alle Teilstichproben

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheitsgrade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=1542)	343,611	3	<0,0005	---	---
Jungen (N=988)	220,300	3	<0,0005	---	---
Mädchen (N=555)	143,719	3	<0,0005	---	---
5-10 Jahre (N=803)	199,420	3	<0,0005	---	---
11-16 Jahre (N=750)	120,548	3	<0,0005	---	---
Jungen 5-10 (N=552)	146,642	3	<0,0005	---	---
Jungen 11-16 (N=435)	71,615	3	<0,0005	---	---
Mädchen 5-10 (N=250)	72,329	3	<0,0005	---	---
Mädchen 11-15 (N=307)	--- ^a	---	---	53,005	<0,0005

^aEs kommen Zellen in der Kontingenztafel vor, die erwartete Häufigkeiten <5 haben, daher wird die Fisher-Prüfgröße herangezogen. N entspricht der Summe der Teilstichproben der beiden Studien in der jeweiligen Kategorie.

Die standardisierten Residuen der unterschiedlichen Teilstichproben sind in Tab. 6.19 wiedergegeben.

Tab. 6.19 Standardisierte Residuen Vergleich Analysestichprobe – BCAMHS04, Teilstichproben I

Diagnosegruppe	Standardisierte Residuen/Studie									
	Gesamt		Jungen		Mädchen		5-10 Jahre		11 -16 Jahre	
	ASP	BCAMHS 04	ASP	BCAMHS 04	ASP	BCAMHS 04	ASP	BCAMHS 04	ASP	BCAMHS 04
Emotionalstörungen	2,8	-2,1	3,3	-2,5	1,0	-0,7	2,5	-2,5	2,5	-1,3
Störungen des Sozialverhaltens	-9,9	7,5	-7,7	5,9	-6,3	4,6	-7,1	7,1	-6,3	3,3
Hyperkinetische Störungen	10,1	-7,7	7,4	-5,7	7,3	-5,3	5,8	-5,8	6,9	-3,6
Seltenere Störungen	-3,1	2,3	-3,7	2,9	-0,4	0,3	-3,0	3,1	-1,1	0,6

ASP: KJP-QP-Analysestichprobe, BCAMHS04: British Child and Adolescent Mental Health Survey 2004

Tab. 6.19b Standardisierte Residuen, Vergleich Analysestichprobe – BCAMHS04, Teilstichproben II

Diagnosegruppe	Standardisierte Residuen/Studie							
	Jungen				Mädchen			
	5-10		11-16		5-10 Jahre		11 -16 Jahre	
	ASP	BCAMHS 04	ASP	BCAMHS 04	ASP	BCAMHS 04	ASP	BCAMHS 04
Emotionalstörungen	3,0	-2,9	1,8	-1,0	0,5	-0,5	1,9	-0,9
Störungen des Sozialverhaltens	-5,6	5,5	-4,8	2,5	-4,4	4,7	-4,2	2,1
Hyperkinetische Störungen	4,6	-4,5	5,3	-2,8	3,8	-4,0	4,1	-2,0
Seltenere Störungen	-3,6	3,5	-1,3	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0

ASP: KJP-QP-Analysestichprobe, BCAMHS04: British Child and Adolescent Mental Health Survey 2004

Aus dem Vergleich der Gesamtstichproben geht hervor, dass sich die Verteilung sämtlicher erfasster Störungen zwischen den Studien sehr signifikant (Emotionalstörungen) bis höchst signifikant (alle anderen Kategorien) unterscheidet. Wie zuvor ist der Unterschied am deutlichsten bei den hyperkinetischen Störungen (SR=10,1 in der Analysestichprobe) und den Störungen des Sozialverhaltens (Analysestichprobe: SR=-9,9). Auffällig dabei ist, dass die standardisierten Residuen der Teilstichproben "Jungen" und "Mädchen" sich weniger unterscheiden als im Vergleich zum Health Survey 99.

6.1.3 Vergleich mit den Daten der Kurpfalz-Studie

Darstellung der Teilstichproben

Der statistische Vergleich mit der Kurpfalz-Studie gestaltet sich schwierig: Die Studie ist als mehrstufige Langzeit-Querschnittstudie angelegt, aus dem interessierenden Altersbereich sind nur Daten zu den Zeitpunkten „8 Jahre“ und „13 Jahre“ erhoben worden. Es sei daran erinnert, dass die dargestellten Altersgruppen Befragungszeitpunkte in der selben Grundgesamtheit darstellen, die Teilstichproben somit eigentlich abhängig voneinander sind. Aus methodischen Überlegungen (und nicht zuletzt aufgrund mangelnder Alternativen) wurden die Altersgruppen für die vorliegende Untersuchung als unabhängig definiert, um die statistische Handhabbarkeit mittels chi²-Test zu ermöglichen. Nichtsdestotrotz konnten in dieser wichtigen epidemiologischen Studie Hypothesen zur Verteilung psychischer Störungen in der Bevölkerung entwickelt werden, die noch heute Bestand haben (siehe Literaturteil) und machen sie interessant für den Vergleich mit den Daten der Analysestichprobe. Die Anpassung der Analysestichprobe gemäß Altersbereich und erfassten Diagnosen ist unter 4.2.2 beschrieben.

Tab. 6.20 Darstellung der Teilstichproben

Altersgruppe	Analysestichprobe (N=119)						Kurpfalzstudie (N=69)					
	Männlich		Weiblich		Gesamt		Männlich		Weiblich		Gesamt	
	N	%*	N	%*	N	%**	N	%*	N	%*	N	%**
8 Jahre	59	67,0	29	33,0	88	73,9	24	68,6	11	31,4	35	50,7
13 Jahre	23	74,2	8	25,8	31	26,1	21	61,8	13	38,2	34	49,3
Gesamt	82	68,9	37	31,1	119	100	45	65,2	24	34,8	69	100

* Prozentangaben beziehen sich jeweils zeilenweise auf die Altersbereiche

** Prozentangabe bezieht sich auf Gesamtumfang der jeweiligen Studie

Der geringe Umfang der Teilstichproben ist selbstverständlich bedauerlich, erklärt sich aber aus dem geringen Altersumfang der Vergleichsstudie. In beiden Stichproben zeigt sich ein Geschlechtsverhältnis m:w von annähernd 2:1, allerdings verstärkt sich der Überhang männlicher Patienten in der Analysestichprobe in der älteren Altersgruppe auf beinahe 3:1, während in der Kurpfalzstudie dieser Überhang eher zurückgeht. In der Analysestichprobe ist die jüngere Altersgruppe wesentlich stärker vertreten (73,9%) als die ältere, während in der Vergleichsstudie das Verhältnis aus nahe liegenden Gründen annähernd 1:1 beträgt. Die statistische Testung der Alters- und

Geschlechtsverteilung zeigen die folgenden Tabellen:

Tab. 6.21 Altersverteilung über die Studien, Teilstichprobe "Gesamt"

			PRAXIS		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Kurpfalzstudie	
ALTER	8	N	88	35	123
		%	73,9	50,7	65,4
		SR	1,1	-1,5	
	13	N	31	34	65
		%	26,1	49,3	34,6
		SR	-1,6	2,1	
Gesamt		N	119	69	188
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 10,415; df=1; p=0,002					

Tab. 6.22 Chi²- und p-Werte zur Altersverteilung, alle Teilstichproben

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheitsgrade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=188)	10,415	1	0,002	---	---
Jungen (N=127)	4,448	1	0,051	---	---
Mädchen (N=61)	6,830	1	0,013	---	---

Tab. 6.23 Testung der Geschlechtsverteilung über die Studien, Teilstichprobe "Gesamt"

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Kurpfalzstudie	
Geschlecht	männlich	N	82	45	127
		%	68,9	65,2	67,6
		SR	0,2	-0,2	
	weiblich	N	37	24	61
		%	31,1	34,8	32,4
		SR	-0,3	0,3	
Gesamt		N	119	69	188
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 0,271; df=1; p=0,630
SR: Standardisierte Residuen

Tab. 6.24 Chi²- und p-Werte zur Geschlechtsverteilung, alle Teilstichproben

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheitsgrade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=188)	0,271	1	0,630	---	---
8 Jahre (N=123)	0,027	1	1,000	---	---
13 Jahre (N=65)	1,145	1	0,304	---	---

Es zeigt sich, dass das Geschlechtsverhältnis in sämtlichen Teilstichproben ähnlich, in der Teilstichprobe der Achtjährigen sogar praktisch identisch ist. Die Altersverteilung zeigt auf Seiten der Analysestichprobe wieder einen Überhang jüngerer Patienten.

Diagnosenverteilung:

Die Durchführung der statistischen Testung wird zunächst exemplarisch an der Teilstichprobe „Gesamt“ demonstriert (Tab. 6.23). Der Test ergibt eine deutliche Abhängigkeit der Variablen „Diagnose“ und Studie im Sinne eines unter dem gegebenen Signifikanzniveau höchst signifikanten Prüfgrößenwertes. Dies bedeutet einen signifikanten Unterschied in den Häufigkeitsverteilungen der relevanten Diagnosen über die beiden Studien in der Teilstichprobe „Gesamt“. Die Bedeutung dieser Tatsache ist allerdings fraglich, da die Teilstichprobe „Gesamt“ in der Kurpfalzstudie weniger die Summe der Patienten zweier Altersgruppen repräsentiert als vielmehr die Daten der selben Patienten zu zwei Zeitpunkten.

Tab. 6.25 Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe „Gesamt“

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Kurpfalz-Studie	
DIAGNOSE	Neurotische u. Emotionalstörungen	N	36	24	60
		%	30,3	34,8	31,9
		SR	-0,3	0,4	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	11	20	31
		%	9,2	29,0	16,5
		SR	-1,9	2,6	
	Hyperkinetische Störungen	N	57	12	69
		%	47,9	17,4	36,7
		SR	2,0	-2,6	
	andere spezif. Störungen	N	15	13	28
		%	12,6	18,8	14,9
		SR	-0,6	0,8	
Gesamt		N	119	69	188
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
Chi-Quadrat nach Pearson 22,820: df=3: p<0,0005
SR: Standardisierte Residuen

Die Prüfgrößen und p-Werte aus den statistischen Tests über alle Teilstichproben sind in Tabelle 6.24 wiedergegeben.

Tab. 6.26 Chi²- und p-Werte aus dem Vergleich Analysestichprobe – Kurpfalzstudie, alle Teilstichproben

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheitsgrade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=188)	22,820	3	<0,0005	---	---
Jungen (N=127)	8,330	3	0,040	---	---
Mädchen (N=61)	--- ^a	---	---	30,145	<0,0005
8 Jahre (N=123)	--- ^a	---	---	6,842	0,075
13 Jahre (N=65)	--- ^a	---	---	13,689	0,003
Jungen 8 J (N=83)	--- ^a	---	---	1,220	0,754
Jungen 13 J (N=44)	--- ^a	---	---	7,004	0,053
Mädchen 8 J (N=40)	--- ^a	---	---	17,616	0,0005
Mädchen 13 J (N=21)	--- ^a	---	---	9,384	0,14

^aEs kommen Zellen in der Kontingenztafel vor, die erwartete Häufigkeiten <5 haben, daher wird die Fisher-Prüfgröße herangezogen. N entspricht der Summe der Teilnehmer in den Teilstichproben beider Studien in der jeweiligen Kategorie.

Auch wenn sich im statistischen Vergleich der beiden Gesamtstichproben eine deutliche Abhängigkeit der Diagnosenhäufigkeit von der jeweiligen Studie zeigt, gibt es einzelne Teilstichproben, die doch bemerkenswert in der Diagnosenverteilung übereinstimmen. So zeigt sich in der Gruppe der männlichen Teilnehmer ein p-Wert nur knapp unterhalb des Signifikanzniveaus ($p=0,04$), wobei die beiden Altersgruppen innerhalb der Jungen z. T. sehr deutlich darüberliegen. Die standardisierten Residuen über die alters- und geschlechtsbezogenen Teilstichproben zeigen die nächsten Tabellen:

Tab. 6.27 Standardisierte Residuen Vergleich Analysestichprobe – Kurpfalzstudie Teilstichproben I

Diagnosegruppe	Standardisierte Residuen/Studie									
	Gesamt		Jungen		Mädchen		8 Jahre		13 Jahre	
	ASP	KPS	ASP	KPS	ASP	KPS	ASP	KPS	ASP	KPS
Neurot. u. Emotionalstörungen	-0,3	0,4	-0,4	0,6	0,1	-0,1	-0,4	0,7	0,2	-0,1
Störungen des Sozialverhaltens	-1,9	2,6	-1,3	1,7	-1,7	2,2	-0,3	0,5	-1,8	1,7
Hyperkinetische Störungen	2,0	-2,6	1,0	-1,3	2,3	-2,8	1,0	-1,6	1,9	-1,9
„Andere spezif. Störungen“	-0,6	0,8	0,5	-0,7	-1,6	2,0	-0,8	1,2	-0,2	0,2

ASP: KJP-QP-Analysestichprobe, KPS: Kurpfalzstudie

Tab. 6.27b Standardisierte Residuen, Vergleich Analysestichprobe – Kurpfalzstudie, Teilstichproben II

Diagnosegruppe	Standardisierte Residuen/Studie							
	Jungen				Mädchen			
	8 Jahre		13 Jahre		8 Jahre		13 Jahre	
	ASP	KPS	ASP	KPS	ASP	KPS	ASP	KPS
Neurot. u. Emotionalstörungen	-0,2	0,3	-0,5	0,5	-0,5	0,8	1,1	-0,9
Störungen des Sozialverhaltens	-0,4	0,7	-1,1	1,1	0,3	-0,5	-1,6	1,3
Hyperkinetische Störungen	0,2	-0,4	1,4	-1,4	1,4	-2,2	1,4	-1,1
„andere spezif. Störungen“	0,2	-0,4	0,3	-0,4	-1,6	2,6	-0,4	0,3

ASP: KJP-QP-Analysestichprobe, KPS: Kurpfalzstudie

Betrachtet man die standardisierten Residuen der einzelnen Zellen in allen Kontingenztafeln, zeigen sich viele Abweichungen, jedoch wenige signifikante Werte. Ausgehend von den jeweiligen Gesamtstichproben stellt man eine knapp signifikante Überrepräsentation ($SR=2,0$) hyperkinetischer Störungen in der Analysestichprobe fest, die hauptsächlich durch die Mädchen beider Altersklassen „getragen“ wird ($SR=2,3$ bzw. jeweils $1,4$). Demgegenüber liegen die Werte für Jungen im Alter von 8 erstaunlich nahe am Erwartungswert. Störungen des Sozialverhaltens sind knapp nicht-signifikant ($SR=-1,9$) unterrepräsentiert in der Analysestichprobe, Signifikanzen ergeben sich hier nur auf Seite der Kurpfalzstudie, wo die SR in zwei Teilstichproben den Wert $2,0$ überschreiten.

In Anbetracht der zum Teil sehr geringen Größe der Teilstichproben fällt es schwer, die Ergebnisse der statistischen Testung zu verallgemeinern. Es sei an dieser Stelle nur vorsichtig festgehalten, dass in der Analysestichprobe gegenüber der Kurpfalzstudie Hyperkinetische Störungsbilder gehäuft beobachtbar sind, während Störungen des Sozialverhaltens in der ASP seltener beobachtet werden als in der Vergleichsstichprobe.

6.1.4 Vergleich mit den Daten der Versichertenstichprobe Dortmund

Der Vergleich mit den Daten, die Köster und von Ferber für ihre Versorgungsstudie erhoben haben, gestaltet sich, wie schon bemerkt, etwas schwierig. So kann der statistische Vergleich zwischen nach Alter- und Geschlecht differenzierten Teilstichprobe nur in drei der vier Diagnosegruppen geleistet werden, da die Altersbereiche in der Quelle nicht kongruent sind. Es sei noch einmal betont, dass die Diagnosekategorie "Entwicklungsstörungen" in der BADO eigentlich auf Achse II als weitere "Dimension" der psychosozialen Diagnose des Patienten vermerkt wird, hier aber ausdrücklich nur der Teil der Patienten der Analysestichprobe dieser Kategorie zugeordnet wird, die als Hauptdiagnose einen ICD-10-Code aus dem Bereich F8 haben. Es sei unterstellt, dass dies der Teil der Analysestichprobe ist, bei dem Entwicklungsstörungen auch den Hauptbehandlungsanlass darstellen.

Die Zusammensetzung der Teilstichproben ist Tabelle 6.26 zu entnehmen.

Tab. 6.28 Darstellung der Teilstichproben I – Geschlechtsverhältnis unter Einbeziehung der Diagnosegruppe F4

	Analysestichprobe (N=669)						Versichertenstichprobe Dortmund (N=197)					
	Männlich		Weiblich		Gesamt		Männlich		Weiblich		Gesamt	
	N	%*	N	%*	N	%**	N	%*	N	%*	N	%**
Gesamt	425	63,5	244	36,5	669	100	110	55,8	87	44,2	197	100

* Prozentangaben beziehen sich jeweils zeilenweise auf die Altersbereiche

** Prozentangabe bezieht sich auf Gesamtumfang der jeweiligen Studie

Der statistische Vergleich der Geschlechtsverteilung in beiden Studien stellt sich, zunächst unter Einbeziehung der Diagnosekategorie F4, wie in Tab. 6.27 dar. Es zeigen sich zunächst Prüfgrößen, denen p-Werte knapp über dem gegebenen Signifikanzniveau zugeordnet sind. Somit ist nicht mit hinreichender Sicherheit von einer Abhängigkeit der Altersverteilung von der jeweiligen Studie auszugehen.

Tab. 6.29 Geschlechtsverteilung über die Stichproben, Teilstichprobe "Gesamt" unter Einschluss ICD-10 F4

100-101

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Versichertenstichprobe DO	
Geschlecht	männlich	N	425	110	535
		%	63,5	55,8	61,8
		SR	0,6	-1,1	
	weiblich	N	244	87	331
		%	36,5	44,2	38,2
		SR	-0,7	1,3	
Gesamt		N	669	197	866
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 3,811; df=1; p=0,055

Unter Auslassung von Kategorie F4, um später einen Vergleich der Diagnosenverteilung über alters- und geschlechtsbezogene Teilstichproben zu ermöglichen, stellt sich die Alters- und Geschlechtsverteilung dar wie folgt:

Tab. 6.30 Darstellung der Teilstichproben II – Stichproben jeweils ohne Berücksichtigung der Kategorie F4

	Analysestichprobe (N=533)						Versichertenstichprobe Dortmund (N=164)					
	Männlich		Weiblich		Gesamt		Männlich		Weiblich		Gesamt	
	N	%*	N	%*	N	%**	N	%*	N	%*	N	%**
<10 Jahre	249	67,7	119	32,3	368	69,0	76	56,7	58	43,3	134	81,7
>=10 Jahre	112	67,9	53	32,1	165	31,0	21	70,0	9	30,0	30	18,3
Gesamt	361	67,7	172	32,3	533	100	97	59,1	67	40,9	164	100

* Prozentangaben beziehen sich jeweils zeilenweise auf die Altersbereiche

** Prozentangabe bezieht sich auf Gesamtumfang der jeweiligen Studie

Tab. 6.31 Geschlechtsverteilung über die Studien ohne Berücksichtigung von Diagnosegruppe F4, Teilstichprobe „Gesamt“

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Versichertenstichprobe DO	
Geschlecht	männlich	N	361	97	458
		%	67,7	59,1	65,7
		SR	0,6	-1,0	
	weiblich	N	172	67	239
		%	32,3	40,9	34,3
		SR	-0,8	1,4	
Gesamt		N	533	164	697
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 4,101: df=1: p=0,048

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 6.32 Chi²- und p-Werte zur Geschlechtsverteilung, altersbezogene Teilstichproben, ohne ICD-10 F4

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheitsgrade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=697)	4,101	1	0,048	---	---
<10 Jahre (N=502)	5,157	1	0,027	---	---
>=10 Jahre (N=195)	0,053	1	0,836	---	---

In der Analysestichprobe zeigt sich zwischen Jungen und Mädchen wieder ein Verhältnis von etwa 2:1, und zwar relativ konstant über die Altersgruppen. Insgesamt sind in der Vergleichsstudie Mädchen etwas stärker vertreten (40,9%), wobei in der schwach besetzten älteren Teilstichprobe ein deutlicher Jungenüberhang (70,0%) herrscht. Im statistischen Vergleich zeigt sich, dass, während in der jüngeren Altersgruppe eine signifikante Prüfgröße vorliegt und auf eine Abhängigkeit der Geschlechtsverteilung von der Stichprobe hinweist, in der älteren Altersgruppe das Geschlechtsverhältnis anhand der Prüfgröße als unabhängig betrachtet werden muss und tendenziell als gleichartig angesehen werden kann. In der Teilstichprobe „Gesamt“ resultiert daraus eine Prüfgröße, deren p-Wert knapp unter 0,05 liegt, insgesamt muss die Geschlechtszusammensetzung der beiden Studien noch als unterschiedlich betrachtet werden.

Tab. 6.33 Altersverteilung über die Studien ohne Berücksichtigung von Diagnosegruppe F4, Teilstichprobe „Gesamt“

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Versichertenstichprobe DO	
Alter	<10J.	N	368	134	502
		%	69,0	81,7	72,0
		SR	-0,8	1,5	
	>=10J.	N	165	30	195
		%	31,0	18,3	28,0
		SR	1,3	-2,3	
Gesamt		N	533	164	697
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 9,982; df=1; p=0,002

Tab. 6.34 Chi²- und p-Werte zur Altersverteilung, altersbezogene Teilstichproben, ohne ICD-10 F4

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheitsgrade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=697)	9,982	1	0,002	---	---
männl. Pat. (N=458)	3,621	1	0,078	---	---
weibliche Pat. (N=239)	7,582	1	0,008	---	---

Diagnosenverteilung:

Die detaillierte Darstellung der statistischen Testung der Diagnosenverteilung über Analysestichprobe und Vergleichsstichprobe 4, Teilstichprobe "Gesamt" zeigt folgende Kontingenztafel:

Tab. 6.35 Diagnosenverteilung über die Stichproben, Teilstichprobe "Gesamt"

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Versichertenstichprobe DO	
DIAGNOSE	Verhaltens- und Emotional- störungen (F9)	N	511	62	573
		%	76,4	31,5	66,2
		SR	3,2	-6,0	
	Störungen mit körperlichen Faktoren (F5)	N	14	53	67
		%	2,1	26,9	7,7
		SR	-5,2	9,7	
	Umschriebene Entwicklungs- störungen (F8)	N	8	49	57
		%	1,2	24,9	6,6
		SR	-5,4	10,0	
	Neurotische Störungen (F4)	N	136	33	169
		%	20,3	16,8	19,5
		SR	0,5	-0,9	
Gesamt		N	669	197	866
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
Chi-Quadrat nach Pearson 298,100; df=3; p<0,0005

Es zeigt sich ein unter dem gegebenen Wert für das Signifikanzniveau höchst signifikanter Wert für die Prüfgröße bei $p < 0,0005$.

Tab. 6.36 Chi²- und p-Werte aus dem Vergleich Analysestichprobe – Versichertenstichprobe DO

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheitsgrade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=866)	298,100	3	<0,0005	253,022	<0,0005
Jungen (N=535)	193,289	3	<0,0005	---	---
Mädchen (N=331)	--- ^a	---	---	94,242	<0,0005
<10 Jahre ^b (N=502)	251,800	2	<0,0005	---	---
>=10 Jahre ^b (N=195)	--- ^a	---	---	21,675	<0,0005
Jungen <10 J ^b (N=325)	160,307	2	<0,0005	---	---
Jungen >=10 J ^b (N=133)	--- ^a	---	---	16,028	<0,0005
Mädchen <10 J ^b (N=177)	89,904	2	<0,0005	---	---
Mädchen >=10 J ^b (N=62)	--- ^a	---	---	7,540	0,014

^aEs kommen Zellen in der Kontingenztafel vor, die erwartete Häufigkeiten <5 haben, daher wird die Fisher-Prüfgröße herangezogen.

^b Der statistische Vergleich wurde nur über drei Diagnosegruppen geführt (ohne neurotische Störungen)
N entspricht der Summe der Teilnehmer in den Teilstichproben beiden Studien in der jeweiligen Kategorie.

Über alle Teilstichproben ergeben sich die in der vorstehenden Tab. 6.34 wiedergegebenen Verhältnisse. Es zeigt sich, dass durchweg höchst signifikante Chi²-Werte errechnet wurden, eine Ausnahme besteht in der Teilstichprobe der Mädchen über 10 Jahren. Dabei verteilen sich die standardisierten Residuen wie folgt:

Tab. 6.37 Standardisierte Residuen Vergleich Analysestichprobe – Versichertenstichprobe Dortmund Teilstichproben I

Diagnosegruppe	Standardisierte Residuen/Studie									
	Gesamt		Jungen		Mädchen		<10 Jahre		≥10 Jahre	
	ASP	VSD	ASP	VSD	ASP	VSD	ASP	VSD	ASP	VSD
Verhaltens- und Emotionalstörungen	3,2	-6,0	2,3	-4,6	2,2	-3,7	3,7	-6,2	0,6	-1,5
Störungen mit körperlichen Faktoren	-5,2	9,7	-3,9	7,6	-3,5	5,9	-5,3	8,8	-0,8	1,8
Umschriebene Entwicklungsstörungen	-5,4	10,0	-4,4	8,7	-3,2	5,4	-5,0	8,3	-1,9	4,4
Neurotische Störungen*	0,5	-0,9	0,4	-0,7	0,5	-0,9	---	---	---	---

ASP: Analysestichprobe, VSD: Versichertenstichprobe Dortmund

*Der statistische Vergleich zwischen den Studien ist in den altersbezogenen Teilstichproben für Neurotische Störungen aufgrund unterschiedlich konzipierter Altersbereiche in der Quelle nicht möglich.

Tab. 6.37b Standardisierte Residuen, Vergleich Analysestichprobe – Versichertenstichprobe Dortmund, Teilstichproben II

Diagnosegruppe	Standardisierte Residuen/Studie							
	Jungen				Mädchen			
	<10 Jahre		≥ 10 Jahre		<10 Jahre		≥ 10 Jahre	
	ASP	VSD	ASP	VSD	ASP	VSD	ASP	VSD
Verhaltens- und Emotionalstörungen	2,6	-4,7	0,5	-1,2	2,7	-3,9	0,4	-0,9
Störungen mit körperlichen Faktoren	-3,8	6,8	-0,5	1,2	-3,7	5,3	-0,6	1,5
Umschriebene Entwicklungsstörungen	-4,1	7,4	-1,7	3,8	-2,9	4,2	-0,9	2,2
Neurotische Störungen	---	---	---	---	---	---	---	---

ASP: Analysestichprobe, VSD: Versichertenstichprobe Dortmund

Es zeigen sich in den Gesamtstichproben in drei von vier Diagnosekategorien höchst signifikante Abweichungen vom Erwartungswert für die jeweiligen Zellen. Die Ausnahme bilden die Neurotischen Störungen, wobei hier der Vergleich nicht in allen Teilstichproben stattfinden konnte. Insgesamt erstaunt die Höhe der Beträge der Residuen, dies soll allerdings erst in der Diskussion weiter ausgeführt werden. Es sei kurz festgehalten, dass im Vergleich zur Versichertenstichprobe Dortmund in der Analysestichprobe „Verhaltens- und Emotionalstörungen“ sehr signifikant überrepräsentiert sind, die Kategorien „Störungen mit körperlichen Faktoren“ und „Umschriebene Entwicklungsstörungen“ dagegen höchst signifikant unterrepräsentiert sind. Die Kategorie „Entwicklungsstörungen“ ist, wie gesagt, hier schwer zu fassen, auch darauf wird in der Diskussion näher eingegangen werden.

6.1.5 Vergleich mit den Daten der Nordhessischen Versorgungsstudie

Die Selektierung der Analysestichprobe gemäß den Diagnosekategorien der Vergleichsstudie ist in Kapitel 4.2 beschrieben. Das Geschlechtsverhältnis in den beiden Studien ist in der folgenden Tabelle dargestellt. Leider fand sich keine Darstellung der Vergleichsstichprobe, aus der eine altersdifferenzierte Verteilung der Diagnosegruppen zu entnehmen gewesen wäre. Daher kann der statistische Vergleich leider nur in drei Teilstichproben vollzogen werden. Es zeigt sich in beiden Studien ein Verhältnis m:w von etwa 3:2.

Tab. 6.38 Darstellung der Teilstichproben

		Analysestichprobe (N=678)		NHV (N=1704)	
		N	%*	N	%*
Geschlecht	Männlich	426	62,8	1027	60,3
	Weiblich	252	37,2	677	39,7

*Prozentangaben beziehen sich auf die jeweilige Gesamtstichprobe

Im statistischen Vergleich der Geschlechtsverteilung über die Stichproben zeigt sich eine deutlich nicht-signifikante Prüfgröße, daher ist die Zusammensetzung der Studien als grundsätzlich gleichartig anzusehen.

Tab. 6.39 Geschlechtsverteilung über die Studien

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Nordhessische Versorgungsstudie	
Geschlecht	männlich	N	426	1027	1453
		%	62,8	60,3	61,0
		SR	0,6	-0,4	
	weiblich	N	252	677	929
		%	37,2	39,7	39,0
		SR	-0,8	0,5	
Gesamt		N	678	1704	2382
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 1,338; df=1; p=0,264					

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 1,338; df=1; p=0,264

SR: Standardisierte Residuen

Im statistischen Vergleich der Geschlechtsverteilung über die Stichproben zeigt sich eine deutlich nicht-signifikante Prüfgröße, daher ist die Zusammensetzung der Studien als grundsätzlich gleichartig anzusehen.

Diagnosenverteilung:

Über die Teilstichprobe "Gesamt" vollzieht sich der statistische Vergleich der Diagnosenverteilung wie in Tab. 6.38 wiedergegeben.

Es zeigt sich eine unter dem gegebenen Signifikanzniveau höchst signifikante Prüfgröße, die eine deutliche Abhängigkeit der Diagnosenverteilung von der Stichprobe anzeigt. Diese rührt vor allem aus der starken Überrepräsentation der Diagnosegruppe „hyperkinetische Störungen“ in der Analysestichprobe her, während „Störungen des Sozialverhaltens“, „psychische Störungen nach Hirnschädigung“, „psychotische Störungen“ und „andere spezifische Störungen“ in der ASP deutlich unterrepräsentiert sind.

Die Prüfgrößen des statistischen Vergleiches der Diagnosenverteilung in den Teilstichproben „Gesamt“, „Jungen“ und „Mädchen“ zeigt Tab. 6.39.

Es zeigt sich, dass in allen drei Teilstichproben unter dem gegebenen Signifikanzniveau höchst signifikante Prüfgrößen resultieren. Die standardisierten Residuen zur Testung über die Teilstichproben gibt Tab. 6.40 wieder.

Tab. 6.40 Diagnosenverteilung über die Stichproben, Teilstichprobe "Gesamt"

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Nordhessische Versorgungsstudie	
DIAGNOSE	Neurotische u. Emotionalstörungen	N	227	602	829
		%	33,5	35,3	34,8
		SR	-0,6	0,4	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	59	221	280
		%	8,7	13,0	11,8
		SR	-2,3	1,5	
	Hyperkinetische Störungen	N	263	93	356
		%	38,8	5,5	14,9
		SR	16,1	-10,1	
	Anpassungs- und Belastungs- störungen	N	44	115	159
		%	6,5	6,7	6,7
		SR	-0,2	0,1	
	Psych. Störungen nach Hirnschädigung	N	0	55	55
		%	0,0	3,2	2,3
		SR	-4,0	2,5	
	Psychotische Störungen	N	13	85	98
		%	1,9	5,0	4,1
		SR	-2,8	1,8	
	andere spezifische Störungen	N	72	533	605
		%	10,6	31,3	25,4
		SR	-7,6	4,8	
Gesamt		N	678	1704	2382
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Chi-Quadrat nach Pearson 483,120; df=6; p<0,0005 (MC-Approximation)					

Tab. 6.41 Chi²-und p-Werte aus dem Vergleich Analysestichprobe – nordhessische Versorgungsstudie, alle Teilstichproben

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheitsgrade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=2382)	483,120	6	<0,0005	---	---
Jungen (N=1453)	347,438	6	<0,0005	---	---
Mädchen (N=929)	136,535	6	<0,0005	---	---

N entspricht der Summe der Teilnehmer in den Teilstichproben beiden Studien in der jeweiligen Kategorie.

Tab. 6.42 Standardisierte Residuen Vergleich Analysestichprobe – nordhessische Versorgungsstudie

Diagnosegruppe	Standardisierte Residuen/Studie					
	Gesamt		Jungen		Mädchen	
	ASP	NHV	ASP	NHV	ASP	NHV
Neurot. und Emotionalstörungen	-0,6	0,4	-1,4	0,9	0,8	-0,5
Störungen des Sozialverhaltens	-2,3	1,5	-1,8	1,1	-1,7	1,0
Hyperkinetische Störungen	16,1	-10,1	13,6	-8,7	8,3	-5,1
Anpassungs- und Belastungsstörungen	-0,2	0,1	0,0	0,0	-0,2	0,1
Psych. Störungen nach Hirnschädigung	-4,0	2,5	-3,0	1,9	-2,6	1,6
Psychotische Störungen	-2,8	1,8	-2,6	1,7	-1,2	0,7
Andere spezifische Störungen	-7,6	4,9	-6,3	4,1	-4,3	2,6

ASP: Analysestichprobe, NHV: Nordhessische Versorgungsstudie

Aus der Aufstellung geht hervor, dass im Vergleich der Gesamtstichproben in 5 von 7 Diagnosegruppen signifikante Abweichungen vom Erwartungswert auftreten. Am eindrucklichsten ist dies bei den Hyperkinetischen Störungen (ASP: SR=16,1), mit ebenso höchst signifikanten Residuen in den geschlechtsspezifischen Teilstichproben. Demgegenüber sind die anderen Diagnosegruppen in der Analysestichprobe z. T. deutlich unterrepräsentiert, am stärksten „andere spezifische Störungen“ (SR=-7,6), gefolgt von „psychischen Störungen nach Hirnschädigung“ (SR=-4,0) und psychotischen Störungen (SR=-2,8). Relativ geringe Abweichungen vom Erwartungswert finden sich dagegen in den Kategorien Anpassungsstörungen und „Neurotische und Emotionalstörungen“ (SR=-0,2 bzw. SR=-0,6). Mögliche Gründe für die Charakteristiken der jeweiligen Studie werden in der Diskussion erörtert.

6.2 Ergebnisse zur zweiten Fragestellung: Unterscheiden sich die Patientenkollektive in den neun am kjp-Qualitätsprojekt teilnehmenden Praxen bedeutsam hinsichtlich der Alters- Geschlechts und Diagnosenstruktur?

Tab. 6.41 zeigt zunächst die Zusammensetzung der Teilstichproben, Tab. 6.42 gibt die Anzahl der Patienten in den jeweiligen Teilstichproben über die Praxen wieder.

Tab. 6.43 Darstellung der Teilstichproben

Gesamt (N=718)	Männliche + weibliche Studienteilnehmer, gesamter Altersbereich
Jungen (N=451)	Männliche Teilnehmer, gesamter Altersbereich
Mädchen (N=267)	Weibliche Teilnehmer, gesamter Altersbereich
<10 Jahre (N=460)	Männliche + weibliche Teilnehmer unter 10 Jahren
>=10 Jahre (N=258)	Männliche + weibliche Teilnehmer ab 10 Jahren
Jungen <10/>=10 J. (N=295)	Männliche Teilnehmer unter 10 Jahren
Jungen >=10 J. (N=156)	Männliche Teilnehmer ab 10 Jahren
Mädchen <10J. (N=165)	Weibliche Teilnehmer unter 10 Jahren
Mädchen >=10 J. (N=102)	Weibliche Teilnehmer ab 10 Jahren

Tab. 6.44 Gesamtstichprobe und Anzahl der Patienten in den einzelnen Praxen, aufgeschlüsselt nach Altersgruppe und Geschlecht

	PRAXIS									Stich- proben- größe N
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Gesamt (m+w; 0-21J)	90	75	86	103	109	70	91	42	52	718
Jungen (m; 0-21J)	51	44	58	74	51	46	61	29	37	451
Mädchen (w; 0-21J)	39	31	28	29	58	24	30	13	15	267
<10 J (m+w)	53	52	52	70	61	40	76	25	31	460
>=10 J (m+w)	37	23	34	33	48	30	15	17	21	258
Jungen <10 J.	36	31	38	47	30	27	49	18	19	295
Jungen >=10Jahre	15	13	20	27	21	19	12	11	18	156
Mädchen <10Jahre	17	21	14	23	31	13	27	7	12	165
Mädchen >=10 Jahre	22	10	14	6	27	11	3	6	3	102

6.2.1 Geschlecht und Alter der Patienten bei Vorstellung

In der Tabelle 6.43 ist die Geschlechtsverteilung in den einzelnen Praxen dargestellt. Diese zeigt mit Ausnahme von Praxis 5 einen deutlichen Überhang an Jungen unter den Patienten. Dieser zeigt sich unterschiedlich stark mit 56,7% in Praxis 1 bis zu 71,8 Prozent in Praxis 4.

Tab. 6.45 Geschlechtsverteilung über die Praxen

		PRAXIS									Gesamt
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
männlich	N	51	44	58	74	51	46	61	29	37	451
	%	56,7	58,7	67,4	71,8	46,8	65,7	67,0	69,0	71,2	62,8
	SR	-0,7	-0,5	0,5	1,2	-2,1	0,3	0,5	0,5	0,8	
weiblich	N	39	31	28	29	58	24	30	13	15	267
	%	43,3	41,3	32,6	28,2	53,2	34,3	33,0	31,0	28,8	37,2
	SR	1,0	0,6	-0,7	-1,5	2,7	-0,4	-0,7	-0,7	-1,0	
Gesamt	N	90	75	86	103	109	70	91	42	52	718
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson: 21,569; df=8; p=0,0006

SR: Standardisierte Residuen

Die statistische Testung zeigt einen signifikanten Unterschied in der Geschlechtsstruktur der Praxen (χ^2 : 21,569 bei $p=0,0006$), der bei Betrachtung der standardisierten Residuen in den einzelnen Zellen jedoch hauptsächlich aus der gänzlich unterschiedlichen Verteilung in Praxis 5 resultiert ($SR=-2,1$ bzw. $SR=2,7$).

Tab. 6.4 gibt das Durchschnittsalter der Patienten in der jeweiligen Praxis an. Es liegt zwischen 7,66 Jahren ($SD=2,592$) in Praxis 7 und 9,69 Jahren ($SD=3,539$) in Praxis 3.

Die Varianzanalyse zeigt einen signifikanten p-Wert von 0,003, somit muß von einem signifikanten Unterschied im Durchschnittsalter der Inanspruchnahmepopulationen der einzelnen Praxen ausgegangen werden. Dabei zeigt die Post-hoc-Analyse, dass diese Signifikanz durch die starke Differenz der Durchschnittsalter in Praxis 3 und 7 zustande kommt (Tab. 10.51, Anhang).

Die Altersverteilung in den Praxen zeigt Tab. 6.5. Es zeigt sich dass,

unterschiedlich stark ausgeprägt, die 6-9 Jährigen in sämtlichen Praxen den stärksten Anteil stellen. Dieser liegt mit 38,1% am niedrigsten in Praxis 8, am höchsten mit 62,7% in Praxis 2.

Tab. 6.46 Durchschnittsalter der Patienten in den Praxen

Praxis	Mittelwert	N	Standardabweichung		
1	9,33	90	3,889		
2	8,81	75	2,680		
3	9,69	86	3,539		
4	8,64	103	3,202		
5	9,17	109	3,551		
6	9,39	70	2,975		
7	7,66	91	2,592		
8	8,67	42	3,455		
9	9,19	52	2,536		
Insgesamt	8,94	718	3,262		
Ergebnis der Varianzanalyse					
	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	247,801	8	30,975	2,975	0,0003
Innerhalb der Gruppen	7381,742	709	10,411		
Gesamt	7629,543	717			

Tab. 6.47 Alterszusammensetzung der einzelnen Praxen

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
ALTER	<5	N	12	5	9	15	17	6	20	9	5	98
		%	13,3	6,7	10,5	14,6	15,6	8,6	22,0	21,4	9,6	13,6
		SR	-0,1	-1,6	-0,8	0,3	0,6	-1,1	2,2	1,4	-0,8	
	6-9	N	41	47	43	55	44	34	56	16	26	362
		%	45,6	62,7	50,0	53,4	40,4	48,6	61,5	38,1	50,0	50,4
		SR	-0,6	1,5	-0,1	0,4	-1,5	-0,2	1,5	-1,1	0,0	
	10-14	N	24	22	18	29	40	27	14	15	19	208
		%	26,7	29,3	20,9	28,2	36,7	38,6	15,4	35,7	36,5	29,0
		SR	-0,4	0,1	-1,4	-0,2	1,5	1,5	-2,4	0,8	1,0	
	15-17	N	13	0	16	4	6	2	1	2	2	46
		%	14,4	0,0	18,6	3,9	5,5	2,9	1,1	4,8	3,8	6,4
		SR	3,0	-2,2	4,5	-1,0	-,4	-1,2	-2,0	-0,4	-0,7	
	>17	N	0	1	0	0	2	1	0	0	0	4
		%	0,0	1,3	0,0	0,0	1,8	1,4	0,0	0,0	0,0	0,6
		SR	-0,7	0,9	-0,7	-0,8	1,8	1,0	-0,7	-0,5	-0,5	
Gesamt		N	90	75	86	103	109	70	91	42	52	718
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

13 Zellen (28,9%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5

Prüfgröße exakter Test nach Fisher: 75,353; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)

Etwas vereinfacht stellt sich der statistische Vergleich für das Verhältnis

“Patienten unter 10 Jahre” und “Patienten 10 Jahre und älter” wie folgt dar:

Tab. 6.48 Verteilung der Altersgruppen (unter 10 Jahre vs. ab 10 Jahre) in den Praxen

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
ALTER	<10	N	53	52	52	70	61	40	76	25	31	460
		%	58,9	69,3	60,5	68,0	56,0	57,1	83,5	59,5	59,6	64,1
		SR	-0,6	0,6	-0,4	0,5	-1,1	-0,7	2,3	-0,4	-0,4	
	>=10	N	37	23	34	33	48	30	15	17	21	258
		%	41,1	30,7	39,5	32,0	44,0	42,9	16,5	40,5	40,4	35,9
		SR	0,8	-0,8	0,6	-0,7	1,4	1,0	-3,1	0,5	0,5	
Gesamt		N	90	75	86	103	109	70	91	42	52	718
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 23,459; df=8; p=0,0003												

Wieder zeigt sich im statistischen Test mit $p=0,003$ ein signifikanter χ^2 -Wert von 23,459, der einen Unterschied in der Altersstruktur zwischen den Praxen anzeigt. Auch hier liegt dem Unterschied hauptsächlich die starke Abweichung vom Erwartungswert einer Praxis zugrunde, Praxis 7, in der Patienten der älteren Altersgruppe höchst signifikant unterrepräsentiert sind ($SR=-3,1$).

6.2.2 Zugehörigkeit zu einer Bevölkerungsschicht

Die folgenden Angaben zum Sozialstatus der Patientenfamilien sind dem telefonischen Interview mit den Eltern entnommen und entsprechen einer subjektiven Einschätzung der Interviewten. Die Teilnehmer der Studie wurden gebeten, sich selbst einer der folgenden Bevölkerungsschichten zuzuordnen:

1: Arbeiterschicht, 2: Mittelschicht, 3: obere Mittelschicht, 4: Oberschicht.

Da der soziale Status als ordinalskaliertes Merkmal aufgefasst werden kann, erscheint es zunächst sinnvoll, den „mittleren sozialen Status“ der einzelnen Patientenkollektive über einen nicht-parametrischen Test zueinander in Bezug zu setzen. Hier wird der Kruskal-Wallis-Test angewandt:

Tab. 6.49 Rangvarianzanalyse Bevölkerungsschicht nach Kruskal-Wallis, Ränge

	T1 - Name der Praxis	N	Mittlerer Rang
Bevölkerungs-Schicht	1	85	271,55
	2	74	357,04
	3	85	384,09
	4	99	339,83
	5	99	388,44
	6	68	320,56
	7	88	344,83
	8	41	255,22
	9	51	422,32
	Gesamt	690	
Kruskal-Wallis-Test; Gruppenvariable: Praxis Chi-Quadrat 46,721; df=8; p<0,0005			

In 28 Fällen konnten oder wollten die Interviewpartner keine Angaben zu ihrem subjektiven sozioökonomischen Status vornehmen.

Die Rangvarianzanalyse zeigt einen höchst signifikanten Unterschied ($p < 0,0005$) in der von den Patienteltern durchschnittlich angegebenen Bevölkerungsschicht.

Um zu klären, welche Bevölkerungsgruppen in den einzelnen Praxen über- oder unterrepräsentiert sind, werden die Praxen in Fishers exaktem Test einander gegenübergestellt.

Tab. 6.50 Subjektive Einschätzung des eigenen Sozialstatus, Fishers exakter Test

			PRAXIS									Gesamt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Sozial-status	Arbeiter-schicht	N	36	19	15	21	17	20	19	20	9	176
		%	42,4	25,7	17,6	21,2	17,2	29,4	21,6	48,8	17,6	25,5
		SR	3,1	0,0	-1,4	-0,8	-1,6	0,6	-0,7	3,0	-1,1	
	Mittel-schicht	N	43	39	50	68	58	40	58	18	23	397
		%	50,6	52,7	58,8	68,7	58,6	58,8	65,9	43,9	45,1	57,5
		SR	-0,8	-0,5	0,2	1,5	0,1	0,1	1,0	-1,2	-1,2	
	obere Mittel-schicht	N	6	15	20	10	22	8	11	2	16	110
		%	7,1	20,3	23,5	10,1	22,2	11,8	12,5	4,9	31,4	15,9
		SR	-2,1	0,9	1,8	-1,5	1,6	-0,9	-0,8	-1,8	2,8	
	Ober-schicht	N	0	1	0	0	2	0	0	1	3	7
		%	0,0	1,4	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	2,4	5,9	1,0
		SR	-0,9	0,3	-0,9	-1,0	1,0	-0,8	-0,9	0,9	3,5	
Gesamt		N	85	74	85	99	99	68	88	41	51	690
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
9 Zellen (25,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Prüfgröße exakter Test nach Fisher: 65,127; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)												

SR: Standardisierte Residuen

Es ist auch hier ersichtlich, dass sich die Patientenkollektive der einzelnen Praxen in Bezug auf die die Selbsteinschätzung des Sozialstatus' der Patienteneltern statistisch signifikant voneinander unterscheiden. Dennoch stellt in den meisten Praxen (ausgenommen Praxis 8) die "Mittelschicht" den größten Teil des Klientels und weicht in keiner der untersuchten Praxen signifikant vom Erwartungswert ab. Statistisch signifikante Abweichungen anhand der standardisierten Residuen finden sich in der Arbeiterschicht (überrepräsentiert in Praxis 1 und 8), der oberen Mittelschicht (unterrepräsentiert in Praxis 1, überrepräsentiert in Praxis 9) und der Oberschicht (überrepräsentiert in Praxis 9).

Der Vergleich einer minimal von der verwendeten Analysestichprobe abweichenden Stichprobe aus dem KJP-Qualitätsprojekt mit zwei repräsentativen Bevölkerungsstichproben findet sich bei Mattejat et al. (2006). Dieser ergibt eine weitgehende Übereinstimmung der Bevölkerungsstruktur der KJP-QP-Stichprobe mit den repräsentativen Stichproben.

6.2.3 Diagnosenverteilung in den einzelnen Praxen

Die Angaben zum Vorliegen von Diagnosen auf den sechs Achsen des Multiaxialen Klassifikationsschemas (Remschmidt & Schmidt 1994) sind den Basisdokumentationen Psy-BaDo-KJ aus den Praxen entnommen.

MAS-Achse I: Tab. 6.49 zeigt exemplarisch das Vorgehen beim statistischen Vergleich der Häufigkeitsverteilungen psychischer Störungen in den Praxen. Dabei wurden die übergeordneten Diagnosekategorien gemäß dem im Methodenteil beschriebenen Schema aus ICD-10-Diagnosen zusammengesetzt. Es zeigt sich sofort, dass die einzelnen Störungskategorien in den Praxen durchaus recht unterschiedlich häufig vertreten sind – inwiefern diese Unterschiede signifikant sind, und ob bestimmte Verteilungsmuster erkennbar sind, wird an späterer Stelle erörtert.

Wie eingangs bereits erwähnt, ist Inhalt der statistischen Analyse die Testung auf Unabhängigkeit der Variablen "Diagnose" und "Praxis". Dies geschieht mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests bzw. Fishers Exaktem Test (s. Kap. 4.1).

Der Vergleich betrachtet die Häufigkeitsverteilung der genannten Diagnosen über die 9 Praxen, dabei werden allerdings die drei "Restkategorien" zu einer zusammengefasst. Dies ist methodisch legitim und durchaus üblich, um sehr kleine Zellenbesetzungen zu vermeiden und die Kontingenztafel überschaubar zu halten (Bortz & Lienert 2003, S. 105ff.). Verglichen werden also die Kategorien:

1. Anpassungsstörungen
2. Einfache Aktivitäts- & Aufmerksamkeitsstörung
3. Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
4. Störung des Sozialverhaltens
5. Emotionalstörung
6. Restkategorie (entsprechend Restkategorie 1, 2 und 3 und "andere Diagnose" aus der in Kap. 5.2 aufgezeigten Aufstellung)
7. keine Diagnose

Die sieben Störungskategorien ergeben mit den neun Praxen eine $7 \times 9 = 63$ Felder große Kontingenztafel.

Die Analyse der größten Stichprobe ($m+w$; 0-21 Jahre), siehe Tab. 6.49, zeigt deutliche Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung der erfassten Diagnosegruppen zwischen den Praxen. Da in der Kontingenztafel erwartete Häufigkeiten von unter 5 vorkommen, wird die Fisher-Prüfgröße für Aussagen zur Unabhängigkeit der Häufigkeitsverteilung über die Praxen herangezogen. Diese ist mit einem Wert von 361,845 bei einer Fehlerwahrscheinlichkeit $p < 0,0005$ unter dem gegebenen Signifikanzniveau als höchst signifikant anzusehen, statistisch zeigt sich also eine Abhängigkeit des Merkmals "Diagnosenverteilung" vom Merkmal "Praxis". Die standardisierten Residuen der Zellen der Kontingenztafel geben darüber Aufschluss, welche der Zellen besonders stark vom Erwartungswert abweichen und somit zu diesem signifikanten Wert für die Prüfgröße führen. Eine Erläuterung der standardisierten Residuen findet sich, nach Praxen getrennt, am Ende des Abschnittes.

Tab. 6.51 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse I, Hauptdiagnose, Teilstichprobe "Gesamt"

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
DIAG- NOSE MAS- Achse I	Anpassungs- störungen	N	14	7	18	6	18	8	10	6	16	103
		%	15,6	9,3	20,9	5,8	16,5	11,4	11,0	14,3	30,8	14,3
		SR	0,3	-1,1	1,6	-2,3	0,6	-0,6	-0,8	0,0	3,1	
	Einf. Aktivitäts- &Aufmerk- samkeitsstörung	N	19	31	2	29	16	46	19	13	19	194
		%	21,1	41,3	2,3	28,2	14,7	65,7	20,9	31,0	36,5	27,0
		SR	-1,1	2,4	-4,4	0,2	-2,5	6,2	-1,1	0,5	1,3	
	Hyperkin.Störung des Sozial- verhaltens	N	1	5	4	40	10	1	3	1	4	69
		%	1,1	6,7	4,7	38,8	9,2	1,4	3,3	2,4	7,7	9,6
		SR	-2,6	-0,8	-1,5	9,6	-0,1	-2,2	-1,9	-1,5	-0,4	
	Störung des Sozialverhaltens	N	14	1	11	12	8	0	11	3	1	61
		%	15,6	1,3	12,8	11,7	7,3	0,0	12,1	7,1	1,9	8,5
		SR	2,3	-2,1	1,4	1,1	-0,4	-2,4	1,2	-0,3	-1,6	
	Emotional- störung	N	7	4	30	7	37	2	16	8	6	117
		%	7,8	5,3	34,9	6,8	33,9	2,9	17,6	19,0	11,5	16,3
		SR	-2,0	-2,4	4,3	-2,4	4,6	-2,8	0,3	0,4	-0,8	
	Restkategorie	N	35	27	20	3	20	11	11	9	4	140
		%	38,9	36,0	23,3	2,9	18,3	15,7	12,1	21,4	7,7	19,5
		SR	4,2	3,2	0,8	-3,8	-0,3	-0,7	-1,6	0,3	-1,9	
	keine Diagnose	N	0	0	1	6	0	2	21	2	2	34
		%	0,0	0,0	1,2	5,8	0,0	2,9	23,1	4,8	3,8	4,7
		SR	-2,1	-1,9	-1,5	0,5	-2,3	-0,7	8,0	0,0	-0,3	
Gesamt		N	90	75	86	103	109	70	91	42	52	718
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
12 Zellen (19,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,99. Prüfgröße exakter Test nach Fisher 361,845; p<0,0005 (MC-Approximation)												

12 Zellen (19,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,99. Prüfgröße exakter Test nach Fisher 361,845; $p < 0,0005$ (MC-Approximation)

SR: Standardisierte Residuen

Die Ergebnisse der statistischen Testung auf Unabhängigkeit in sämtlichen Teilstichproben zeigt die folgende Tabelle, die Kontingenztafeln zu den Chi²-Tests finden sich aus Platzgründen im Anhang.

Es zeigen sich in allen Tafeln für die verschiedenen Teilstichproben unter dem gegebenen Signifikanzniveau von 0,05 höchst signifikante Werte für die Prüfgröße bei $p < 0,0005$. Dies spricht für eine starke Abhängigkeit der getesteten Variablen "Störung" und "Praxis".

Tab. 6.52 Chi²- und p-Werte aus dem Vergleich zwischen den Praxen, MAS-Achse I, alle Teilstichproben

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheits-grade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=718)	a	---	---	361,845	<0,0005 ^b
Jungen (N=451)	a	---	---	260,643	<0,0005 ^b
Mädchen (N=267)	a	---	---	131,134	<0,0005 ^b
<10 Jahre (N=460)	a	---	---	216,084	<0,0005 ^b
>=10 Jahre (N=258)	a	---	---	165,984	<0,0005 ^b
Jungen <10 J (N=295)	a	---	---	155,295	<0,0005 ^b
Jungen >=10 J (N=156)	a	---	---	118,124	<0,0005 ^b
Mädchen <10 J (N=165)	a	---	---	87,979	<0,0005 ^b
Mädchen >= 10 J (N=102)	a	---	---	83,549	<0,0005 ^b

^aZellen in der Kontingenztafel haben erwartete Häufigkeiten <5, daher wird die Prüfgröße d. Fisher-Tests herangezogen

^bnach Monte-Carlo-Methode berechnet

MAS-Achse II: Analog zum Vorgehen bei der Analyse der Verteilung relevanter Diagnosen der MAS-Achse I über die Praxen wird bei der Analyse der restlichen MAS-Achsen verfahren.

Das Vorliegen von Störungen auf MAS-Achse II in der Teilstichprobe "Gesamt" beschreibt Tab. 6.13. Demnach liegen Entwicklungsstörungen bei 35,7% (Praxis 6) bis 78,8% (Praxis 9) der Patienten vor. Bei einem Patienten wurde das Vorliegen/Nichtvorliegen einer Störung auf MAS-Achse II nicht dokumentiert, dieser Fall wird im statistischen Vergleich nicht berücksichtigt. Die in der BaDo möglichen Angaben zu Entwicklungsstörungen wurden dichotomisiert in Auffälligkeit/Unauffälligkeit auf MAS-Achse II.

Tab. 6.53 Statistischer Test zur Verteilung von Auffälligkeit auf MAS-Achse II, Teilstichprobe "Gesamt"

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Diagnose MAS- Achse II	Auffälligkeit	N	39	33	42	44	71	25	57	17	41	369
		%	43,3	44,0	48,8	42,7	65,1	35,7	63,3	40,5	78,8	51,5
		SR	-1,1	-0,9	-0,3	-1,2	2,0	-1,8	1,6	-1,0	2,8	
	keine Auffälligkeit	N	51	42	44	59	38	45	33	25	11	348
		%	56,7	56,0	51,2	57,3	34,9	64,3	36,7	59,5	21,2	48,5
		SR	1,1	0,9	0,3	1,3	-2,0	1,9	-1,6	1,0	-2,8	
Gesamt		N	90	75	86	103	109	70	90	42	52	717
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 45,271; df=8; p<0,0005 (MC-Approximation)												

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 45,271; df=8; p<0,0005 (MC-Approximation)

SR: Standardisierte Residuen

Der statistische Vergleich zeigt einen signifikanten Chi-Quadrat-Wert von

45,271 mit $p < 0,0005$. Betrachtet man die standardisierten Residuen der einzelnen Praxen, erreichen diese in zwei Praxen, Praxis 5 und 9, signifikante Beträge. In den anderen Praxen liegen die Residuen jeweils unter der Signifikanzschwelle von ± 2 . Über sämtliche Teilstichproben ergibt sich folgendes Bild: Wie in Tab. 6.52 wiedergegeben, zeigen sich in sechs der neun Teilstichproben signifikante Werte für die Prüfgröße mit $p < 0,05$. In den Teilstichproben "Mädchen", insbesondere aber in den beiden altersbezogenen Teilstichproben "Mädchen < 10 " und "Mädchen ≥ 10 " allerdings liegen die Häufigkeitsverteilungen für Auffälligkeit auf MAS-Achse II so dicht beieinander, dass der statistische Test keine signifikanten Werte für die Prüfgröße ergibt.

Tab. 6.54 Chi²- und p-Werte aus dem Vergleich zwischen den Praxen, Auffälligkeit MAS-Achse II

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheitsgrade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=718)	45,271	8	$< 0,0005^b$	---	---
Jungen (N=451)	55,135	8	$< 0,0005^b$	---	---
Mädchen (N=267)	15,378	8	0,054 ^b	---	---
< 10 Jahre (N=460)	39,039	8	$< 0,0005^b$	---	---
≥ 10 Jahre (N=258)	16,116	8	0,037 ^b	---	---
Jungen < 10 J (N=295)	47,992	8	$< 0,0005^b$	---	---
Jungen ≥ 10 J (N=156)	a	---	---	24,967	0,001 ^b
Mädchen < 10 J (N=165)	a	---	---	12,890	0,110 ^b
Mädchen ≥ 10 J (N=102)	a	---	---	9,062	0,315 ^b

^aZellen in der Kontingenztafel haben erwartete Häufigkeiten < 5 , daher wird die Prüfgröße d. Fisher-Tests herangezogen

^bnach Monte-Carlo-Methode berechnet

MAS-Achse III: Die Verteilung von Diagnosen auf MAS-Achse III zeigt Tab. 6.53. In 58 Fällen liegt keine Dokumentation für MAS-Achse III vor.

Die Dokumentation Intelligenzniveaus in der BADO kann als Ordinalskala aufgefasst werden, wobei die Ränge von 1 (sehr hohe Intelligenz) bis 8 (schwerste Intelligenzminderung) reichen. Dies ermöglicht einen Vergleich der Mittelwerte mittels Rangvarianzanalyse.

Tab. 6.55 Statistischer Test zur Verteilung von Diagnosen auf MAS-Achse III, Teilstichprobe „Gesamt“

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Diagnose MAS- Achse III	sehr hohe Intelligenz (IQ > 129)	N	0	0	2	1	1	0	0	0	0	4
		%	0,0	0,0	2,4	1,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
	hohe Intelligenz (IQ 115-129)	N	3	6	3	12	8	3	3	3	7	48
		%	3,4	9,2	3,6	11,9	9,3	4,5	3,7	8,1	13,5	7,3
	durchschnittliche Intelligenz (IQ 85-114)	N	76	46	60	75	64	52	71	29	41	514
		%	87,4	70,8	72,3	74,3	74,4	77,6	86,6	78,4	78,8	77,9
	niedrige Intelligenz (IQ 70-84)	N	7	11	17	11	11	10	7	5	4	83
		%	8,0	16,9	20,5	10,9	12,8	14,9	8,5	13,5	7,7	12,6
	leichte Intelligenz- minderung (IQ 50-69)	N	1	2	1	2	2	2	0	0	0	10
		%	1,1	3,1	1,2	2,0	2,3	3,0	0,0	0,0	0,0	1,5
	mittelgradige Intelligenz- minderung (IQ 35-49)	N	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,2
Gesamt		N	87	65	83	101	86	67	82	37	52	660
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Die Rangvarianzanalyse in Tab. 6.54 zeigt, dass die Abweichungen in der Verteilung von Diagnosen auf MAS-Achse III bei $p=0,215$ als nicht signifikant erachtet werden können.

Tab. 6.56 Ränge zur Rangvarianzanalyse MAS-Achse III

	Praxis	N	Mittlerer Rang
Intelligenzniveau	1	85	271,55
	2	74	357,04
	3	85	384,09
	4	99	339,83
	5	99	388,44
	6	68	320,56
	7	88	344,83
	8	41	255,22
	9	51	422,32
Gesamt		690	
Kruskal-Wallis-Test; Gruppenvariable: Praxis Chi-Quadrat 10,771; df=8; $p=0,215$			

MAS-Achse IV: Auffälligkeiten auf MAS-Achse IV, d. h. körperliche Befunde liegen bei durchschnittlich einem Fünftel der Patienten vor, dabei schwankt der Wert zwischen 14,3% in Praxis 6 und 38,5% in Praxis 9 (Tab. 6.2.3). Für einen Patienten fehlt die Dokumentation für MAS-Achse IV, dieser Fall wird im statistischen Vergleich nicht berücksichtigt.

Der statistische Vergleich der Teilstichprobe "Gesamt" ist im Folgenden wiedergegeben, wieder werden lediglich Vorliegen/Nichtvorliegen körperlicher Symptomatik übernommen:

Tab. 6.57 Statistischer Test zur Verteilung von Auffälligkeit auf MAS-Achse IV, Teilstichprobe "Gesamt"

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse IV	körperl. Diagnose	N	23	18	14	17	31	10	14	10	20	157
		%	25,6	24,0	16,3	16,5	28,4	14,3	15,6	23,8	38,5	21,9
		SR	0,7	0,4	-1,1	-1,2	1,5	-1,4	-1,3	0,3	2,6	
	keine körperl. Diagnose	N	67	57	72	86	78	60	76	32	32	560
		%	74,4	76,0	83,7	83,5	71,6	85,7	84,4	76,2	61,5	78,1
		SR	-0,4	-0,2	0,6	0,6	-0,8	0,7	0,7	-0,1	-1,4	
Gesamt		N	90	75	86	103	109	70	90	42	52	717
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 19,885; df=8; p=0,10 (Monte Carlo-Approximation)												

Tab. 6.58 Chi²- und p-Werte aus dem Vergleich zwischen den Praxen, Auffälligkeit MAS-Achse IV

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheitsgrade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=718)	19,885	8	0,010 ^b	---	---
Jungen (N=451)	15,169	8	0,060 ^b	---	---
Mädchen (N=267)	a	---	---	12,965	0,105 ^b
<10 Jahre (N=460)	a	---	---	14,998	0,054 ^b
>=10 Jahre (N=258)	a	---	---	7,794	0,445 ^b
Jungen <10 J (N=295)	a	---	---	14,989	0,053 ^b
Jungen >=10 J (N=156)	a	---	---	9,215	0,318 ^b
Mädchen <10 J (N=165)	a	---	---	14,173	0,057 ^b
Mädchen >= 10 J (N=102)	a	---	---	9,326	0,280 ^b

^aZellen in der Kontingenztafel haben erwartete Häufigkeiten <5, daher wird die Prüfgröße d. Fisher-Tests herangezogen

^bnach Monte-Carlo-Methode berechnet

Auch wenn sich in der alle Patienten umfassenden Teilstichprobe ein signifikanter Wert für die Prüfgröße ergibt, verliert sich diese Signifikanz in sämtlichen weiteren Teilstichproben.

MAS-Achse V: Den statistischen Vergleich der Verteilung von Diagnosen auf MAS-Achse V, d. h. Auffälligkeiten im sozialen Umfeld der Patienten, über die Praxen zeigt Tabelle 6.57. Exemplarisch wird wieder die Testung der Teilstichprobe "m+w; 0-21 J" wiedergegeben. Für einen Patienten fehlt die Dokumentation auf MAS-Achse V. Die BaDo ermöglicht Angaben zu 9 verschiedenen Aspekten der psychosozialen Umstände der Patienten, für den statistischen Vergleich wurde nach Vorliegen/Nichtvorliegen von jeglichen Auffälligkeiten auf MAS-Achse V dichotomisiert.

Tab. 6.59 Statistischer Test zur Verteilung von Auffälligkeit auf MAS-Achse V, Teilstichprobe "Gesamt"

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse V	auffällig	N	49	31	52	36	104	38	32	27	23	392
		%	54,4	41,3	60,5	35,0	95,4	54,3	35,6	64,3	44,2	54,7
		SR	0,0	-1,6	0,7	-2,7	5,8	0,0	-2,5	0,8	-1,0	
	un- auffällig	N	41	44	34	67	5	32	58	15	29	325
		%	45,6	58,7	39,5	65,0	4,6	45,7	64,4	35,7	55,8	45,3
		SR	0,0	1,7	-0,8	3,0	-6,3	0,0	2,7	-0,9	1,1	
Gesamt		N	90	75	86	103	109	70	90	42	52	717
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 112,85; df=8; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)												
SR: Standardisierte Residuen												

Tab. 6.60 Chi²- und p-Werte aus dem Vergleich zwischen den Praxen, Auffälligkeit MAS-Achse V

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheitsgrade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=718)	112,850	8	<0,0005 ^b	---	---
Jungen (N=451)	69,363	8	<0,0005 ^b	---	---
Mädchen (N=267)	50,055	8	<0,0005 ^b	---	---
<10 Jahre (N=460)	73,956	8	<0,0005 ^b	---	---
>=10 Jahre (N=258)	37,190	8	<0,0005 ^b	---	---
Jungen <10 J (N=295)	47,655	8	<0,0005 ^b	---	---
Jungen >=10 J (N=156)	a	---	---	27,868	<0,0005 ^b
Mädchen <10 J (N=165)	a	---	---	32,615	<0,0005 ^b
Mädchen >= 10 J (N=102)	a	---	---	26,487	<0,0005 ^b

^aZellen in der Kontingenztafel haben erwartete Häufigkeiten <5, daher wird die Prüfgröße d. Fisher-Tests herangezogen

^bnach Monte-Carlo-Methode berechnet

Während im Durchschnitt über die Praxen etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen Auffälligkeiten im Bereich der Achse V MAS zeigen (Tab. 6.57), sind die Abweichungen einzelner Praxen von diesem Mittel doch deutlich: So wurden in der vollständigen Analysestichprobe bei 95,4% der Patienten in Praxis 5 auffällige psychosoziale Umstände festgestellt (SR=5,8), während in

Praxis 4 und 7 nur jeweils gut ein Drittel der Kinder diesbezüglich Auffälligkeiten zeigte.

MAS-Achse VI: Das psychosoziale Funktionsniveau der Patienten, dass auf Achse VI MAS kodiert ist, stellt sich über die Analysestichprobe gemäß Tab. 6.59 dar. Hierfür wurden die Angaben der BADO folgendermaßen zu den übergeordneten Kategorien zusammengefasst: hervorragende bis befriedigende soziale Anpassung entsprechen „keine Belastung“, leichte und mäßige soziale Beeinträchtigung entsprechen „mäßige Belastung“, darüber hinausgehende Beeinträchtigung der Patienten wird als „schwere Belastung“ zusammengefasst. In elf Fällen fehlt die Dokumentation auf MAS-Achse VI, daher ergibt sich für die Stichprobe „Gesamt“ N=707.

Tab. 6.61 Statistischer Test zur Verteilung von Auffälligkeit auf MAS-Achse VI, Teilstichprobe „Gesamt“

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MASVI	keine Belastung	N	22	15	12	70	1	9	30	22	4	185
		%	25,0	20,5	14,0	68,0	0,9	12,9	34,5	56,4	7,7	26,2
		SR	-0,2	-0,9	-2,2	8,3	-5,2	-2,2	1,5	3,7	-2,6	
	mäßige Belastung	N	56	36	47	31	54	31	40	12	39	346
		%	63,6	49,3	54,7	30,1	49,5	44,3	46,0	30,8	75,0	48,9
		SR	2,0	0,0	0,8	-2,7	0,1	-,6	-,4	-1,6	2,7	
	schwere Belastung	N	10	22	27	2	54	30	17	5	9	176
		%	11,4	30,1	31,4	1,9	49,5	42,9	19,5	12,8	17,3	24,9
		SR	-2,5	0,9	1,2	-4,7	5,2	3,0	-1,0	-1,5	-1,1	
Gesamt		N	88	73	86	103	109	70	87	39	52	707
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 221,545; df=16; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)												

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5

Chi-Quadrat nach Pearson 221,545; df=16; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)

SR: Standardisierte Residuen

Das Bild, das Tab. 6.59 über Auffälligkeiten des psychosozialen Funktionsniveaus der Patienten vermittelt, ist nicht einheitlich: In den meisten Praxen sind mäßiggradig belastete Kinder am stärksten vertreten, es gibt jedoch Praxen (4 und 7), in denen weitaus mehr Kinder mit gutem psychosozialen Funktionsniveau vertreten sind und die Häufigkeit mit steigender Belastung abnimmt. Demgegenüber werden in Praxis 5 nur 1% der Patienten als nicht belastet klassifiziert (SR=-5,2), während jeweils 49,5% der Kinder mäßig (SR=0,1) oder schwer belastet (SR=5,2) erschienen.

Tab. 6.62 Chi²- und p-Werte aus dem Vergleich zwischen den Praxen, Auffälligkeit MAS-Achse VI

Teilstichprobe	Chi ² -Wert	Freiheitsgrade	p-Wert	Prüfgröße n. Fisher	p-Wert
Gesamt (N=718)	221,545	16	<0,0005 ^b	---	---
Jungen (N=451)	161,648	16	<0,0005 ^b	---	---
Mädchen (N=267)	^a	---	---	89,380	<0,0005 ^b
<10 Jahre (N=460)	136,820	16	<0,0005 ^b	---	---
>=10 Jahre (N=258)	^a	---	---	96,191	<0,0005 ^b
Jungen <10 J (N=295)	^a	---	---	101,690	<0,0005 ^b
Jungen >=10 J (N=156)	^a	---	---	59,544	<0,0005 ^b
Mädchen <10 J (N=165)	^a	---	---	47,410	<0,0005 ^b
Mädchen >= 10 J (N=102)	^a	---	---	48,673	<0,0005 ^b

^aZellen in der Kontingenztafel haben erwartete Häufigkeiten <5, daher wird die Prüfgröße d. Fisher-Tests herangezogen

^bnach Monte-Carlo-Methode berechnet

Es zeigen sich in der Testung sämtlicher Teilstichproben signifikante Werte für die Prüfgröße.

6.2.4 Kurze Zusammenfassung der Ergebnisse

Der statistische Vergleich zeigt, dass in der Analysestichprobe die jüngeren Altersgruppen deutlich häufiger vertreten sind, als anhand epidemiologischer Daten zu erwarten gewesen wäre. Demgegenüber zeigt die Geschlechtsverteilung annähernd das auch im psychisch auffälligen Anteil epidemiologischer Studien gefundene Verhältnis von 2:1 männlicher zu weiblicher Patienten.

Einen kurzen Überblick über im statistischen Test herausgearbeitete Charakteristiken der jeweiligen Praxenklientel liefert die folgende Tabelle 6.61.

Tab. 6.63 Kurze Übersicht über die Charakteristiken der einzelnen Praxen Klientel

	MAS-Achse						Geschlecht	Alter	SÖS
	I	II	III	IV	V	VI			
Praxis									
1	Breit gestreutes Diagnosenspektrum; rel. hoher Anteil Stör. d. Sozialverhaltens	-	-	-	-	-	-	↑	↓
2	Hoher Anteil an hyperkin. Störungen, breites Diagnosenspektrum	-	-	-	-	-	-	-	-
3	Viele Emotional- u. Anpassungsstörungen. Niedriger Anteil hyperkinet. Störungen	-	-	↓	-	↑	Viele ♂	↑	-
4	Viele hyperkin. Störungen. Diagnosen fast ausschließlich in den Hauptkategorien	-	-	↓	↓↓	↓↓	Viele ♂	-	-
5	Viele Emotional-u. Anpassungsstörungen	↑↑	-	-	↑↑↑	↑↑↑	Mehr ♀	-	-
6	Viele hyperkin. Störungen. Diagnosen fast ausschließlich in den Hauptkategorien	↓↓	-	↓	-	↑	Viele ♂	-	-
7	Hoher Anteil v. Pat. ohne Diagnose, rel. breit gestreutes Diagnosenspektrum	↑↑	-	↓	↓↓	-	Viele ♂	↓	-
8	Breit gestreutes Diagnosenspektrum	-	-	-	-	-	-	-	↓
9	Viele hyperkin. Störungen, sehr hoher Anteil an Anpassungsstörungen	↑↑	-	↑↑	-	↑	Viele ♂	-	↑

↑/↑↑/↑↑↑: hoch/besonders hoch/extrem hoch

↓/↓↓/↓↓↓: niedrig/besonders niedrig/extrem niedrig

SÖS: Sozioökonomischer Status

7. Diskussion

7.1 Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit basiert auf der bislang einzigen Studie zur Therapieevaluation im Klientel sozialpsychiatrischer Praxen in Deutschland. Dabei wurden im statistischen Vergleich mehrere Merkmale ausfindig gemacht, die sich in der Analysestichprobe und den Vergleichsstichproben durchgängig signifikant unterscheiden. Diese Charakteristika der Analysestichprobe herauszuarbeiten und kritisch zu diskutieren ist Gegenstand dieses Kapitels.

Im statistischen Vergleich der einzelnen Praxen untereinander zeigen sich z. T. deutliche Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientenpopulationen. Was diesen Unterschieden zugrunde liegen kann, wird ebenfalls im Folgenden diskutiert.

Insgesamt muss festgestellt werden, dass bislang kaum Untersuchungen zum Klientel kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen existieren, was die Einordnung der vorliegenden Ergebnisse in einen Kontext gleichartiger Studien erschwert.

7.1.1 Vergleich mit bereits publizierten Studien

a) Geschlechtsverteilung

Die Geschlechtsverteilung in der Analysestichprobe des KJP-QP zeigt das aus epidemiologischen Übersichtsarbeiten gut bekannte Verhältnis m:w von ca. 2:1 (siehe Kap. Stichprobenbeschreibung). Dementsprechend zeigten sich im statistischen Vergleich der Analysestichprobe mit den epidemiologischen Vergleichsstudien (Kap. 6.1) keine signifikanten Unterschiede. Eine Umkehr der Geschlechtsverteilung in höheren Altersklassen, wie z. B. bei Petermann (2005) beschrieben, findet sich in der Analysestichprobe ab dem Alter von 15

Jahren, konnte mangels Vergleichsstudien in dieser Altersgruppe allerdings nicht statistisch abgesichert werden.

Im Vergleich mit den Studien zu Inanspruchnahmepopulationen zeigte sich eine annähernde Übereinstimmung mit dem in der Nordhessischen Versorgungsstudie gefundenen Geschlechtsverhältnis einer regional definierten Stichprobe über alle ambulanten Versorgungseinheiten (Kap. 6.1.5), während die Versichertenstichprobe aus Dortmund einen signifikant kleineren Überhang männlicher Patienten in einer regionalen Stichprobe über sämtliche Versorgungseinheiten (Kap. 6.1.4) verzeichnete. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Deckungsgleichheit von Analytestichprobe und VSD im statistischen Vergleich aufgrund des Formats bzgl. Altersgruppen und übergeordneter Diagnosegruppen gering ist.

Damit decken sich die Zahlen auch mit den Ergebnissen bisheriger Publikationen zum ambulanten Versorgungsbereich: So finden Reingen und Heubach (1983) mit Zahlen aus den siebziger Jahren in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis ebenfalls ein Geschlechtsverhältnis m:w von 2:1, auch Muthers-Huboi (2004) beschreibt über vier ambulante Versorgungseinheiten ein Verhältnis von 69% männlichen zu 31% weiblichen Patienten. Jungmann und Roosen-Runge (2004) berichten ebenfalls ein Verhältnis von 67% zu 33%.

b) Altersverteilung

In der Analytestichprobe stellen die 6-9-jährigen mit 50,4% die stärkste Altersgruppe. Die detaillierte Altersverteilung zeigt Abb. 5.3 (Kap. 5, Stichprobe). Im statistischen Vergleich mit den epidemiologischen Vergleichsstichproben zeigt sich durchgängig eine unterschiedlich deutliche Überrepräsentation der jüngeren Altersgruppen.

Ein uneinheitliches Bild liefert der Vergleich mit den Daten aus den beiden Versorgungsstudien: Der statistische Vergleich der Analytestichprobe mit der Versichertenstichprobe Dortmund zeigt eine beinahe identische Altersverteilung in beiden Studien (Kap. 6.1.4), während im Vergleich mit der

nordhessischen Versorgungsstudie wiederum eine signifikante Überrepräsentation der 6-11-jährigen bei signifikanter Unterrepräsentation der unter 3- und über 12-jährigen in der Analysestichprobe deutlich wird. Dies könnte in der unterschiedlichen Zusammensetzung der Grundgesamtheit der beiden Vergleichsstudien begründet sein: So beschreibt die Dortmunder Versichertenstichprobe eine Inanspruchnahmepopulation aus der Primärversorgung, ärztliche Behandlung in Einrichtungen wie z. B. psychiatrischen Institutsambulanzen, werden ausdrücklich nicht berücksichtigt. In der NHV dagegen stellen Patienten aus Kliniksambulanzen ein gutes Drittel der untersuchten Population, während Patienten aus kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen nur etwa 1/10 der Stichprobe ausmachen. Remschmidt und Walter (1989, S. 101) konstatieren weiterhin das dabei „[...] die Adoleszenten schwerpunktmäßig in Ambulanz und Poliklinik auftauchen“, was einen Erklärungsansatz dafür liefert, dass sich die Altersverteilung in Analysestichprobe und NHV in den genannten Punkten unterscheidet, und einen möglichen Grund darstellt, warum die Versichertenstichprobe Dortmund von der Altersverteilung näher an der Analysestichprobe liegt.

Weitere Untersuchungen von ambulanten Inanspruchnahmepopulationen nennen ein Durchschnittsalter von 7,02 Jahren (Muthers-Huboj 2003) und als am stärksten vertretene Altersgruppe die der 9-11-jährigen Patienten mit ca. 30% (Reingen & Heubach 1983) bzw. die der 6-14-jährigen mit ca. zwei Dritteln. Die Analysestichprobe siedelt sich dabei mit einem Durchschnittsalter von 8,94 Jahren und der stärksten Altersgruppe der 6-9 Jährigen dazwischen an. Wieder erschweren unterschiedliche Grundgesamtheiten definitive Aussagen.

Insgesamt kann den Daten entnommen werden, dass die Versorgung durch sozialpsychiatrische Praxen wie für die allgemeine Inanspruchnahme psychosozialer Hilfeleistungen beschrieben (Remschmidt & Walter 1990, vgl. Höger 1995) eher durch jüngere Patienten in Anspruch genommen wird, während das Geschlechtsverhältnis in der Inanspruchnahmepopulation in etwa dem aus epidemiologischen Untersuchungen entspricht. Somit kann aus der vorliegenden Untersuchung ein Einfluss des Geschlechts der Patienten auf die

Inanspruchnahme der untersuchten sozialpsychiatrischen Praxen verneint werden.

c) Diagnosenverteilung

Die in der Analysestichprobe am häufigsten vertretenen Diagnosen auf MAS-Achse I sind einfache und kombinierte hyperkinetische Störungen (27% bzw. 9,6%), Emotionalstörungen (16,3%), Anpassungsstörungen (14,3%) und Störungen des Sozialverhaltens (8,5%). 4,7% der Patienten wurde keine Diagnose auf MAS-Achse I gestellt, 19,5% entfielen auf die Restkategorie. Damit stimmt die Diagnosenverteilung in der KJP-QP-Analysestichprobe recht gut mit der bei Jungmann & Roosen-Runge (2004) beschriebenen überein. Einen starken Anteil hyperkinetischer Störungen in ambulanter Behandlung stellen weiterhin Schydlo & Heubach (1983) und Muthers-Huboj (2003) fest.

Beim statistischen Vergleich der Diagnosenverteilung zwischen Analysestichprobe und Vergleichsstudien zeigt sich eine ausgesprochen starke Überrepräsentierung der hyperkinetischen Störungen, während die Störungen des Sozialverhaltens meist um einen ähnlich hohen Betrag unterrepräsentiert sind. Besonders der Vergleich der Häufigkeit hyperkinetischer Störungen mit den beiden britischen Health Surveys erbringt höchst signifikante standardisierte Residuen ($SR=11,3$ bzw. $10,1$), ebenso wie der Vergleich mit der nordhessischen Versorgungsstudie ($SR=16,1$). Um ähnlich hohe Beträge finden sich die Störungen des Sozialverhaltens unterrepräsentiert: von $SR=-10,1$ bzw. $-9,9$ im Vergleich mit den Health Surveys 1999 und 2004 bis zu immer noch $SR=-2,3$ im Vergleich mit der nordhessischen Versorgungsstudie.

Diese Signifikanzen finden sich dabei durchgängig durch sämtliche alters- und geschlechtsdefinierten Teilstichproben, was einen Einfluss der Alters- und Geschlechtsstruktur der untersuchten Analysestichprobe (epidemiologische Faktoren) nach Datenlage verneint.

Um die gefundene Verteilung zu erklären, werden im folgende einige eigene Gedanken ausgeführt und diskutiert:

Der hohe Anteil hyperkinetischer Störungen in der Analysestichprobe steht im Widerspruch zur Prävalenz in der Bevölkerung. Die in epidemiologischen Studien gefundenen Werte für die Prävalenz sind über Jahre relativ konstant, weit niedriger als in der Analysestichprobe und ungefähr in der Größenordnung der Vergleichsstudien (vgl. z. B. Hampel & Petermann 2004). Die zunehmende administrative Prävalenz hyperkinetischer Störungen, die z. B. auch aus der erheblichen Steigerung der Methylphenidat-Verordnung in den letzten Jahren abgeleitet wird (Seidler 2004), deutet demnach auf ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Betroffenen hin. Dies führt allerdings zwangsläufig zu der Frage, welche Faktoren dem verstärkten Inanspruchnahmeverhalten zugrunde liegen. Als solche könnte man einen gestiegenen Leistungsdruck auf die Kinder in Schule und Gesellschaft vermuten, der zu einem verstärkten Auffallen aufmerksamkeitsdefizitären Verhaltens führt. Auch eine gestiegene „Awareness“ – d. h. Sensibilität gegenüber der Problematik - der Bezugspersonen und des Umfeldes der Kinder, gepaart mit der Erwartung einer guten Behandelbarkeit durch Stimulanzien ist aufgrund der Präsenz der Diskussion um das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) in der Öffentlichkeit anzunehmen. Als Beleg dafür könnte herangezogen werden, dass eine einfache Internetrecherche zu „ADHS“ per Suchmaschine derzeit (August 2008) ca. 970.000 Resultate ergibt. Dies deckt sich auch mit Erfahrungen aus den Telefoninterviews zur Erhebung der Daten für die vorliegende Studie. Auch wenn diese standardisiert durchgeführt wurden, legten einige Antworten der Bezugspersonen oder Bemerkungen am Rande des Interviews nahe, dass Eltern und Umfeld der Kinder über ein wie auch immer geartetes Grundwissen über die Störung verfügten. Im Zusammenhang mit anderen Störungen kam ein solches Vorwissen kaum vor. Letztendlich ist auch zu vermuten, dass die Erreichung einer Diagnosestellung im Sinne von ADHS den Betroffenen und deren Angehörigen einen gewisse Erleichterung verschafft, indem vorher als auffällig, vielleicht störend und „ungezogen“ empfundenes Verhalten durch eine nach allgemeiner Meinung biologisch zumindest mitbedingte Störung erklärt wird, anstelle ein erzieherisches Versagen der Eltern zu unterstellen.

Ein anderer Argumentationsstrang würde von einer Übersensibilität einer immer weniger kindgerechten Gesellschaft ausgehen, die unpässliche Varianten normalen kindlichen Verhaltens pathologisiert. Um sich die aufwendige Auseinandersetzung mit den auffälligen Heranwachsenden zu ersparen, würde durch eine großzügige Stimulanzienverordnung die pharmakologische Keule ausgepackt und die eigenständige Entwicklung der Kinder nach eigenem Ermessen „zurechtgestutzt“.

Um Belege für die oben angeführten vermuteten Gründe einer erhöhten Inanspruchnahme psychosozialer Versorgung durch Patienten mit hyperkinetischen Störungsbildern zu klären, wurde eine spezifische Literaturrecherche in den Suchmaschinen Google Scholar, PsynDEXPlus und PsycINFO durchgeführt. Als Ergebnis fiel auf, dass sich eine Vielzahl von Veröffentlichungen einer heftigen Auseinandersetzung zwischen verschiedenen Herangehens- oder Deutungsweisen in Bezug auf hyperkinetische Syndrome widmeten. In aller Kürze sei skizziert, dass die Diskussion äußerst engagiert und nicht immer unemotional zwischen eher pragmatisch urteilenden Verfechtern einer rationalen Pharmakotherapie und eher psychotherapeutisch argumentierenden Gegnern einer solchen geführt wird. Ein Argument der Befürworter einer medikamentösen Therapie ist dabei die Möglichkeit der Verbesserung störungsbedingt eingeschränkter Entwicklungschancen, ein Verzicht auf Pharmakotherapie käme demnach einem mutwilligen Vorenthalt gleichberechtigter Entwicklungsperspektiven gleich. Von der anderen Seite wird der Vorwurf laut, gesellschaftliche Bequemlichkeit führe zu einer Pathologisierung normvarianten kindlichen Verhaltens, eine zu kurz gefasste, „biologistische“ Reduktion einer komplexen Problematik zu einer Übermedikalisierung der Gesellschaft (zum Diskurs vgl. Seidler 2004). Dabei ist die Argumentationsweise auf beiden Seiten eine eher prinzipielle.

Etwas polemisierend könnte festgehalten werden, dass sich die Vehemenz der Diskussion im Gegensatz zur empirischen Datenlage verhält: So fanden sich in der Literatur keine Erkenntnisse zur Frage der Richtigkeit der zuerst formulierten Kausalkette. Vor allem die Frage nach genauem Behandlungsanlass, Vorwissen, Wahrnehmung der Störung und Behandlungserwartung der Betroffenen drängt sich auf und wäre ein sinnvoller

Anknüpfungspunkt weiterer Forschung. Auch die Frage, inwiefern Betroffene hoffen, eine Stigmatisierung durch die Gesellschaft zu umgehen, indem eine Verhaltensauffälligkeit durch eine medizinische Diagnose erklärt wird, erscheint höchst interessant.

Anhand der Daten aus dem KJP-Qualitätsprojekt kann zumindest die Alters- bzw. Geschlechtszusammensetzung der Analytestichprobe als Grund für die hohe Rate an ADHS-Patienten ausgeschlossen werden.

Dass sich nun gerade im untersuchten, ambulanten, Patientenkollektiv die Rate an Patienten mit Aufmerksamkeitsstörungen derart häuft, während Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens gleichermaßen unterrepräsentiert ist, kann aufgrund fehlender neuerer Vergleichsuntersuchungen über mehrere Versorgungssektoren schlecht erklärt werden, spiegelt allerdings klinische Erfahrung wieder. Demnach suchen tatsächlich vor allem Bezugspersonen hyperkinetisch gestörter Kinder frühzeitig und selbsttätig Kontakt zu entsprechenden Hilfseinrichtungen, während Störungen des Sozialverhaltens eher in fortgeschrittenem Stadium und durch externe Intervention vorstellig werden, wenn sie ambulanter Intervention kaum noch zugänglich sind (Prof. Dr. Mattejat, persönliches Gespräch).

Demgegenüber gelten hyperkinetische Störungen im allgemeinen als ambulant gut behandelbar, tagesklinische oder stationäre Intervention sind laut Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vorwiegend bei schwerer Symptomatik, Komorbiditäten, sekundär nach Versagen ambulanter Therapie oder ungünstigen sozialen Ressourcen im Umfeld des Kindes indiziert (www.uni-duesseldorf/awmf). Die Therapie ruht dabei auf den drei Säulen Psychoedukation, Verhaltenstherapie und medikamentöser Therapie. Gerade die untersuchten, nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung arbeitenden Praxen scheinen dabei besonders geeignet, die geforderte umfangreiche Diagnostik und die favorisierte multimodale Therapie umzusetzen.

Inwiefern dieses Argument ausreicht, die Dominanz hyperkinetischer Störungen in der Analytestichprobe aufzuklären, ist nicht belegbar. Möglicherweise tritt ein weiterer Selektionseffekt von Seiten der Praxen in Kraft, im Sinne einer Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder oder Therapieformen. Die

Analyse der Diagnosenverteilung zwischen den einzelnen Praxen (Kap. 6.2) zeigt deutliche Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientenkollektive, was diese Annahme durchaus bekräftigt. Auf diesen Umstand wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

7.1.2 Statistischer Vergleich der untersuchten Praxen

a) Geschlechtsverteilung

Wie aus der Darstellung des statistischen Vergleiches zwischen den einzelnen Praxen in Kap. 6.2 ersichtlich, zeigt sich in acht der neun untersuchten Praxen mit 56,7-71,8% ein Überhang männlicher Patienten. Einzig eine Praxis (Praxis 5) weist einen Anteil weiblicher Patienten von 53,2% auf. Dies bestätigt bisherige Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Einrichtungen, die größtenteils einen Überhang männlicher Patienten in Inanspruchnahmepopulationen nachweisen (Koot & Verhulst 1992; Costello & Janiszewski 1990; Esser, Lahnert & Schmidt 1986).

b) Altersverteilung

In allen Praxen stellte sich, unterschiedlich ausgeprägt, die Gruppe der 6-9 jährigen als die anteilsstärkste Altersgruppe dar, wobei in zwei Praxen (Praxis 1 und 3) ein signifikant erhöhter Anteil Patienten zwischen 15 und 17 Jahren zu finden war und eine Praxis (Praxis 2) signifikant mehr Patienten im Vorschulalter aufwies.

c) Diagnosenverteilung

Der statistische Vergleich in Kap. 6.2 zeigt, dass sich die Diagnosenverteilung im Patientenkollektiv zwischen den einzelnen Praxen z. T. deutlich unterscheidet.

Dabei lassen sich nach vorherrschendem Störungstyp folgende Übergruppen bilden:

Tab. 7.1: Bildung von Übergruppen für die Praxen nach vorherrschenden Störungen

Vorherrschende Störung	Praxen
Hyperkinetische Störungen	2, 4, 6, 9
Emotionalstörungen	3, 5
Breites Diagnosenspektrum	1, 8
Keine Diagnose auf MAS-Achse I	7

Auch auf den übrigen MAS-Achsen zeigen sich z. T. signifikant unterschiedliche Häufigkeiten, so erscheinen Diagnosen auf MAS-Achse II (Entwicklungsstörungen) stark signifikant gehäuft in den Praxen 7 und 9. Dies könnte auch eine Erklärung dafür sein, dass in Praxis 7 ein relativ großer Anteil von Patienten keine Diagnose auf MAS-Achse I erhielt. Da nicht untersucht wurde, ob nun ausgerechnet solche Patienten ohne Diagnose auf MAS-Achse I als auffällig auf MAS-Achse II eingestuft wurden, lässt sich diese Vermutung schlussendlich nicht belegen.

Einen besonders hohen Anteil von Patienten mit körperlichen Diagnosen (MAS-Achse IV) weist Praxis 9 auf, während Diagnosen auf MAS-Achse V und VI (abnorme psychosoziale Umstände und psychosoziales Funktionsniveau) in Praxis 5 ausgesprochen stark überrepräsentiert sind.

Um einen Ansatz für die Erklärung der in Kap. 6.2 gefundenen Eigenschaften der Praxen zu liefern, sollen hier zwei unterschiedliche Gedankengänge ausgeführt werden.

Erklärungsmöglichkeit 1 – Einfluss regionaler Versorgungsstrukturen: Die untersuchten Praxen liegen in unterschiedlichen Regionen Deutschlands, die sich auch strukturell unterscheiden. In der Literatur ist belegt, dass regionale Versorgungsstrukturen einen Einfluss auf die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfe haben (Remschmidt & Walter 1990), so dass anzunehmen ist, dass sich das Vorhandensein anderer Versorgungsstrukturen in der Region auch auf die Klientel der Praxen auswirkt. Dabei scheint nahezuliegen, dass in urbaneren Regionen, die mutmaßlich (in diesem Rahmen allerdings nicht belegbar) besser versorgt sind, die Praxen eher eine Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder durchführen können, während Praxen in Regionen mit diesbezüglich schlechterer Infrastruktur eher die Funktion des „psychosozialen Primärversorgers“ übernehmen und ein weiteres Diagnosenspektrum aufweisen.

Es fällt schwer, diesen Punkt zu diskutieren, ohne zusätzliche Informationen einzubeziehen, die die Anonymität der Praxen gefährden. Es sei kurz gesagt, dass sich die Praxen 1-5 in Mittelstädten befinden, während die Praxen 6-9 in Großstädten gelegen sind. Die These, dass ein großstädtisches Setting eher eine Spezialisierung ermöglicht oder hervorbringt, während die kleinstädtische Lage eher zur Primärversorgung prädestiniert, scheint dadurch eher widerlegbar. Um diesen Punkt hinreichend zu diskutieren, wären allerdings um einiges umfangreichere Daten zur psychosozialen Versorgung in den jeweiligen Regionen vonnöten.

Erklärungsmöglichkeit 2 – Spezialisierung der Praxen und Diagnosegewohnheiten: Als wahrscheinlichste Erklärung für die Unterschiede in der Diagnosenverteilung zwischen den Praxen erscheint eine Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder. Dies erscheint vor allen Dingen plausibel unter dem Aspekt, dass sich die Dominanz der entsprechend vorwiegenden Störungsbilder bei der Analyse der alters- und geschlechtsdefinierten Teilstichproben in sämtlichen Subgruppen reproduzierte und sich praxenintern keine bedeutsamen Unterschiede fanden.

Es ist anzunehmen, dass über die „Breite“ des Diagnosenspektrums einer Praxis auch Diagnosegewohnheiten der Therapeuten entscheiden: Auch oder gerade die multiaxiale Diagnostik anhand MAS und BADO lassen dem Untersucher gewisse Freiheit in der Dokumentation der Diagnose. Vor allem im Bereich komplexerer Störungsbilder dürfte ein erheblicher subjektiver Faktor mitentscheiden, ob eine bestimmte Symptomatik als Begleitsymptomatik der Hauptdiagnose aufgefasst wird, im Bereich einer Kombinationsdiagnose mitberücksichtigt wird oder als eigene Entität in Form einer zweiten Diagnose auf MAS-Achse I in die Basisdokumentation eingeht.

7.2 Diskussion der Methode

Literaturrecherche: Die Literaturrecherche erwies sich als schwieriger als zunächst angenommen: Vor allem im Bereich der Inanspruchnahme-/Versorgungsforschung tauchten wichtige Informationen oft nur in sehr speziellem Kontext auf, wodurch sie über die systematische Recherche per

Schlagworten in Datenbanken häufig nicht direkt identifizierbar und eher als „Zufallsergebnis“ bei Durchsicht der Literaturangaben in bereits gefundenen Artikeln zum Thema entdeckt wurden. Gleichmaßen schwierig gestaltete sich die Recherche nach geeigneten Vergleichsstudien, da die Studien große Unterschiede in der „Auflösung“ ihrer Daten, d. h. Darstellung der Ergebnisse für alters- und geschlechtsdefinierte Untergruppen aufwiesen. Erhebungsmethoden, untersuchte Störungsbilder, die Bildung von Störungskategorien unterschieden sich z. T. deutlich. Erfreulich allerdings ist die Feststellung, dass sich in den meisten Studien immerhin auf eines der beiden gängigen Klassifikationssysteme ICD-10 bzw. DSM-IV bezogen wurde. Wie bereits festgestellt, wäre in diesem Bereich eine größere Vereinheitlichung der Methodik und Ergebnispräsentation ausgesprochen wünschenswert, auch die Vorhandensein von Primärdatensätzen zum Thema würden Einordnung und Objektivierbarkeit von Forschungsergebnissen immens erleichtern.

Zuordnung der Daten und statistischer Vergleich: Der im Rahmen des kjp-Qualitätsprojektes erhobene Datensatz zeigte sich als ausgesprochen gut zu bearbeiten, sehr erfreulich war dabei auch die hohe Vollständigkeit der Angaben aus der BADO. Die Anpassung der Daten an das Format bzw. die Darstellung der Vergleichsstudien erwies sich allerdings besonders im Bereich der Bildung von Störungskategorien aufgrund fehlender Angaben in den Vergleichsstudien als schwierig: An einigen Stellen mussten nach klinischem Wissen Kompromisse getroffen werden, allerdings wurde bei der Beschreibung des Vorgehens darauf geachtet, diese zu dokumentieren und für eventuelle Anschlussforschung nachvollziehbar zu machen. Da derlei Kompromissentscheidungen insgesamt relativ selten waren, ist nicht davon auszugehen, dass hier ein nennenswerter Einfluss auf die Ergebnisse ausgeübt wurde.

Der statistische Vergleich anhand der Unabhängigkeitstestung in Kontingenztafeln erwies sich als gut geeignetes Mittel, Charakteristika der Analysestichprobe in Abgrenzung bisheriger Studien herauszuarbeiten und innerhalb der Analysestichprobe Unterschiede zwischen den an der Studie teilnehmenden Praxen festzustellen.

Die Stärken der vorliegenden Arbeit sind darin zu sehen, dass hier eine, in dieser Art und diesem Umfang erstmalige, detaillierte Darstellung der Inanspruchnahme in einem bislang kaum erforschten Bereich psychosozialer Versorgung gegeben wird, der Versorgung durch sozialpsychiatrische Praxen. Durch die Methodik des Vergleiches der Daten auf zwei Ebenen werden differenzierte Angaben zur Darstellung einmal der Analysestichprobe und zum anderen unterschiedliche Praxen im Kontext bisheriger Versorgungsforschung möglich. Bei der Darstellung des Verfahrens und der Ergebnisse wurde auf größtmögliche Nachvollziehbarkeit z. B. der Kategorienbildung geachtet, um Anschlussforschung zu erleichtern.

Schwächen der vorliegenden Arbeit liegen in den großen Unterschieden zwischen den herangezogenen Vergleichsstudien. Im Vergleich mit den einzelnen Studien konnten jeweils nur Teilaspekte der Analysestichprobe analysiert werden, wünschenswert gewesen wäre der Vergleich eines festgelegten Variablensets mit mehreren Vergleichsstudien gleichzeitig. Anhand des vorliegenden Datensatzes wären noch weit detailliertere Analysen möglich gewesen, wären geeignete Vergleichsstudien verfügbar gewesen. Dies bekräftigt den Wunsch nach allgemein zugänglichen Datensätzen, die gewissermaßen einen „Goldstandard“ weiterer Forschung definieren könnten. Leider können anhand der untersuchten Daten hier die Gründe für die gefundene Verteilung nicht kausal erklärt werden – dies war allerdings auch ausdrücklich nicht Anliegen der vorliegenden Arbeit.

7.3 Schlussfolgerungen und Ausblick auf weiteres Forschungsinteresse

Die vorliegende Untersuchung konnte zeigen, dass sich die Inanspruchnahmepopulation über neun sozialpsychiatrische Praxen in einigen Punkten so zusammensetzt, wie anhand bisheriger Studien erwartbar, während sie vor allem in Bezug auf die Diagnosenverteilung einige Besonderheiten aufwies. Weiter wurden einige Unterschiede zwischen den einzelnen am kjp-Qualitätsprojekt teilnehmenden Praxen herausgearbeitet.

Relativ nahe an bisherigen Ergebnissen zeigte sich die alters- und geschlechtsbezogene Zusammensetzung der Analysestichprobe, mit einem Vorherrschen der Altersgruppe der 6-9-jährigen im Klientel und einem Verhältnis männlicher zu weiblicher Patienten von ungefähr 2:1. Dabei war das Bild über die Praxen relativ geschlossen, nur eine Praxis z. B. wies einen knappen Überhang weiblicher Patienten auf, der Altersdurchschnitt in den Praxen lag relativ eng zusammen.

Bezüglich der Diagnosenverteilung wurde ein deutliches Überwiegen hyperkinetischer Störungen in der Analysestichprobe festgestellt, die deutlich häufiger vorkamen, als anhand von Vergleichsstudien aus Epidemiologie und Versorgungsforschung zu erwarten gewesen wäre. Innerhalb der Analysestichprobe zeigte sich die Diagnosenverteilung zwischen den einzelnen Praxen als höchst unterschiedlich, wobei sich die Praxen darin unterschieden, wie oft überhaupt eine Diagnose auf MAS-Achse I vergeben wurde und ob im Klientel eher hyperkinetische Störungen oder Emotionalstörungen vorherrschten.

Der hohe Anteil hyperkinetischer Störungen in Inanspruchnahmepopulationen entspricht klinischer Erfahrung, Erklärungen dafür stehen nach jetzigem Stand der Forschung jedoch noch aus. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden die Gründe für die hohe Inanspruchnahme durch hyperkinetische Patienten in einer hohen gesellschaftlichen Awareness gegenüber der Problematik und konkreten Behandlungserwartungen der Betroffenen gesehen. Die sozialpsychiatrischen Praxen werden hierbei als ein niedrigschwelliges Angebot spezifischer Versorgung betrachtet. Diese Vermutungen lassen sich anhand der untersuchten Daten jedoch nicht belegen. Hier ergibt sich ein interessanter Anknüpfungspunkt für künftige Forschung: Die Untersuchung der Therapiemotivation und der Behandlungserwartung der vorstelligen Patienten kann Aufschluss über Unterschiede in der Erreichbarkeit durch psychosoziale Versorgung zwischen bestimmten Störungsbildern geben und Gründe liefern für deren unterschiedlichen Anteil in klinischen Populationen. Die gefundenen Ergebnisse könnten Hinweise für eine bessere Gestaltung der Versorgungslandschaft geben und die Erreichbarkeit einzelner Störungsbilder verbessern helfen.

Die dargestellten Unterschiede in der Diagnosenverteilung zwischen den Praxen führten zu den Vermutungen, dass sich hier Einflüsse der jeweiligen regionalen Versorgungsstruktur widerspiegeln bzw. dass die Praxen unterschiedliche Schwerpunktsetzungen aufweisen. Auch wenn hier die zweite Erklärung präferiert wird, können beide Vermutungen anhand der untersuchten Daten hier weder belegt noch ausgeschlossen werden.

Gerade im Bereich niedergelassener kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung wäre es daher wünschenswert, weitere Forschung in Bezug auf die Einordnung in einen regionalen Versorgungskontext zu betreiben, nicht zuletzt, da eine frühzeitige ambulante Intervention bei psychischen Störungen eine effektive Maßnahme gegen eine Chronifizierung psychischer Leiden darstellt und somit auch eine kostendämpfende Wirkung im Gesundheitssystem hat. Der Stellenwert ambulanter Versorgung durch niedergelassene sozialpsychiatrische Praxen im übergeordneten Kontext sollte durch derartige Studien über mehrere Versorgungssektoren weiter abgesichert werden, um eine effiziente und möglichst gut abgestimmte Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen zu gewährleisten.

8. Zusammenfassung

Einleitung: Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen rücken zunehmend ins Licht der Öffentlichkeit. Steigender Kostendruck im Gesundheitswesen und das Wissen um die hohe Chronifizierungsrate von psychischen Erkrankungen im Heranwachsendenalter offenbaren zunehmend die Notwendigkeit frühzeitiger Intervention. Dabei ist die Versorgung durch niedergelassene, nach Sozialpsychiatrievereinbarung arbeitende Praxen ein niedrigschwelliges Versorgungsangebot, dessen Inanspruchnahme bislang kaum erforscht ist. Vor dem Hintergrund der Verhandlungen über eine Fortsetzung der Sozialpsychiatrievereinbarung erscheinen genaue empirische Daten zur Inanspruchnahme dieses Versorgungsbereiches von größter Wichtigkeit.

Fragestellung: In der vorliegenden Arbeit wird die Frage untersucht, ob die Alters-, Geschlechts- und Diagnosenverteilung in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen in Deutschland dem tatsächlichen Vorkommen kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen in der Bevölkerung entspricht. Eine genauere Klärung dieser Frage soll genauere Hinweise darüber liefern, welche Alter- und Geschlechtsgruppen und welche Störungsbilder im ambulanten Bereich vergleichsweise gut versorgt werden und welche dagegen schlechter repräsentiert sind. Hieraus wiederum können Anhaltspunkte für besondere Schwerpunktsetzungen bei der weiteren Planung der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gewonnen werden.

Methode: Zur Untersuchung dieser Fragestellung wurde das Klientel von neun nach der Sozialpsychiatrieverordnung arbeitenden Praxen untersucht und mit vorhandenen Daten aus epidemiologischen Untersuchungen und Versorgungsstudien verglichen. Darüber hinaus wurden die Alters-, Geschlechts- und Diagnosenverteilungen in den untersuchten Praxen miteinander verglichen, um Aufschlüsse darüber zu gewinnen, wie homogen bzw. wie unterschiedlich das Klientel in den verschiedenen Praxen ist. Insgesamt wurde hierzu eine Stichprobe von N=718 Patienten im Hinblick auf

Alter, Geschlecht und Diagnosen nach ICD-10 und MAS ausgewertet. Die verwendeten Daten wurden der kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation der Praxen (Psy-BaDo-KJ) entnommen; darüberhinaus wurden Daten verwendet, die im Rahmen des an der Universität Marburg angesiedelten kjp-Qualitätsprojektes gewonnen wurden. Die erhobenen Daten wurden in systematischer Weise mit bereits publizierten epidemiologischen und versorgungsepidemiologischen Daten verglichen und teststatistisch auf Unterschiede geprüft.

Ergebnisse: Es konnte gezeigt werden, dass einige Störungsbilder, v. a. hyperkinetische Störungen, in der untersuchten Stichprobe im Vergleich zur erwarteten Verteilung signifikant gehäuft auftraten, während andere Störungen seltener auftraten als zu erwarten war. Weiterhin wurden erhebliche Unterschiede in der Diagnosenverteilung zwischen den Praxen deutlich; die Unterschiede im Hinblick auf Alter und Geschlecht waren weniger stark ausgeprägt.

Diskussion: Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die Versorgung durch die untersuchten Praxen einigen Störungsbildern besonders zugute kommt, während andere Störungsbilder gegenüber dem Vorkommen in der Bevölkerung unterrepräsentiert sind. Als Ursache hierfür kann ein störungsspezifisch unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten diskutiert werden. Die Unterschiede zwischen den Praxen können am ehesten durch eine bewusste Schwerpunktsetzung und Spezialisierung der einzelnen Praxen erklärt werden. Einflussfaktoren wie die regionale Infrastruktur kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung sind wahrscheinlich auch anzunehmen, können aufgrund der Daten aber nicht eindeutig belegt werden. Mögliche weiterführende Forschungsfragen und Konsequenzen für die praktische Versorgung werden diskutiert.

9. Literatur:

Aba, O. & Henrichs, A. (1989). Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 38, 358-366.

Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. & Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.

Andrade, N., Hishinuma, E., McDermott, J., Johnson, R., Goebert, D., Makini, G., Nahulu, L., Yuen, N., McArdle, J., Bell, C., Carlton, B., Miyamoto, R., Nishimura, S., Else, I., Guerrero, A., Darnall, A., Yates, A. & Waldron, J. (2006). The National Center on Indigenous Hawaiian Behavioral Health Study of Prevalence of Psychiatric Disorders in Native Hawaiian Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 45(1):26-36.

Andrés, A., Catalá, M. & Gómez-Beneyto, M. (1999). Prevalence, comorbidity, risk factors and service utilisation of disruptive behaviour disorders in a community sample of children in Valencia (Spain). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(4), 175-179.

Angold, A. & Fisher P. W. (1999). *Interviewer-based interviews*. In: D. Shaffer, C. Lucas & J. Richters (eds.), *Diagnostic assessment in child and adolescent psychopathology* (pp. 34-64). New York: Guilford.

Barkmann, C. (2003). *Psychische Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein epidemiologisches Screening*. Dissertation, Fachbereich Psychologie, Universität Hamburg.

Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis*, 31, 278-287.

Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J. & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescence depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.

Bortz, J. & Lienert L. (2003). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung*. (2. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.

Bortz, J. & Lienert L. (2008). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung*. (3. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.

Brandenburg, N. A., Friedman, R. M. & Silver S. E. (1990). The epidemiology of childhood psychiatric disorders: prevalence findings from recent studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(1), 76-83.

Breslau, N. (1995). Psychiatric sequelae of low birth weight. *Epidemiological Reviews*, 17, 96-106.

Breton, J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C. & Gaudet, N. (1999). Quebec Child Mental Health Survey: Prevalence of DSM-III-R Mental Health Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 375-384.

Bühl, A. & Zöfel, P. (2005). *SPSS 12. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. (9.Auflage). München: Pearson Studium.

Canino, G., Shrout, P., Rubio-Stipec, M., Bird, H., Bravo, M., Ramirez, R., Chavez, L., Alegria, M., Bauermeister, J., Hohmann, A., Ribera, J., Garcia, P. & Martinez-Taboas, A. (2004). The DSM-IV Rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 61, 85-93.

Cantwell, D. P., Lewinsohn, P. M., Rode, P. & Seeley, J. R. (1997). Correspondence between adolescent report and parent report of psychiatric diagnostic data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 610-619.

Castell, R. Biener, A., Artner, K. & Dilling, H. (1981). Häufigkeit von psychischen Störungen und ihre psychiatrische Versorgung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 9, 115-125.

Cohen P., Cohen J. & Brook, J. (1993). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851-867. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: II. Persistence of disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 869-877.

Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. & Streuning, E. I. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age- and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851-867.

Costello, E. J. & Angold, A. (1995). *Developmental epidemiology*. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology*. New York: John Wiley.

Costello, E. J., Angold, A., Burns, B., Stangl, D., Tweed, D., Erkanli, A. & Worthman, C. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, Designs, Methods and the Prevalence of DSM-III-R Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1129-1136.

Costello, E. J., Costello, A. J., Edelbrock, C., Burns, B. J., Dulcan, M. K., Brent, D. & Janiszewski, S. (1988). Psychiatric disorders in pediatric primary care: Prevalence and risk factors. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1107-1116.

Costello, E. J., Egger, H. & Angold, A. (2005). 10-Year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972-986.

Costello, E. J. & Janiszewski, S. (1990). Who gets treated? Factors associated with referral in children with psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 523-529.

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.

Costello, E. J., Stouthamer-Loeber, M. & DeRosier, M. (1993). Continuity and change in psychopathology from childhood to adolescence. Presented at the Annual Meeting of the Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, Santa Fe, New Mexico, February 18-21.

Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F. & Lehmkuhl G. (1997) Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 25(4), 218-233.

Egger, H., Erkanli, A., Keeler, G., Potts, E., Walter, B. & Angold, A. (2006). Test-Retest Reliability of the Preadolescent Age psychiatric Assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(5), 538-549.

Ehlers, S. & Gillberg, C. (1993). The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1327-1350.

Ehringer, M., Rhee, S., Young, S., Corley, R. & Hewitt, J. (2006). Genetic and Environmental Contributions to Common Psychopathologies of Childhood and Adolescence: A Study of Twins and Their Siblings. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(1), 1-17.

Essau, C., Karpinski, N., Petermann, F. & Conradt J. (1998). Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46, 105-124.

Esser, G., Ihle, W., Schmidt, M.H. & Blanz, B. (2000). Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 276-283.

Esser, G., Lahnert, B. & Schmidt, M. H. (1986). Determinanten der Inanspruchnahme kinderpsychiatrisch/ -psychologischer Behandlung und ihr Erfolg. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 14, 228-244.

Esser, G. & Schmidt, M.H. (1987). Epidemiologie und Verlauf kinderpsychiatrischer Störungen im Schulalter - Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Nervenheilkunde*, 6, 27-35.

Esser, G., Schmidt, M. H., Blanz. B., Fätkenheuer, B., Fritz, A., Koppe, T., Laucht, M., Rensch, B. & Rothenberger, W. (1992). Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie von 8-18 Jahren. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 20, 232-242.

Esser, G., Schmidt, M. H. & Woerner, W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children – Results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 243-263.

Feehan, M., McGee, R., NadaRaja, S. & Williams, S. M. (1994). DSM-III-R disorders in New Zealand 18-year-olds. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 87-99.

Fergusson, D., Horwood, L. & Lynskey, M. The prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1127-1134.

Fombonne, E. (1994). The Chartres Study: I. Prevalence of Psychiatric Disorders Among French School-Aged Children. *British Journal of Psychiatry*, 164, 69-79.

Fombonne, E. (2002). *Case identification in an epidemiological context*. In: M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (4th ed., pp. 52-86). Oxford: Blackwell.

Ford, T., Goodman, R. & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203-1211.

Fleitlich-Bilyk, B. & Goodman, R. (2004). Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 43(6),727-734.

Gau, S., Chong, M., Chen, T., & Cheng, A. (2005). A 3-Year Panel Study of Mental Disorders Among Adolescents in Taiwan. *The American Journal of Psychiatry* 162,1344-1350.

Goldbeck, L. & Göbel, D. (1990). Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 39, 87-93.

Graham, P. & Rutter, M. (1973). Psychiatric disorders in the young adolescent: A follow-up study. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 66, 1226-1229.

Häfner, H. & Weyerer, S. (1998). *Epidemiologie*. In: U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (pp 119-132). Bern: Huber.

Hampel, P. & Petermann, F. (2004). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 13 (3), 131-146.

Höger, C. (1995). Wer geht in Behandlung? Einflußgrößen auf das Inanspruchnahmeverhalten bei psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 44, 3-8.

Höger, C., Quistorp, S., Bahr, J. & Breull, A. (1984). Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und Kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 33, 264-271.

Höger, C., Quistorp, S., Bahr, J. & Breull, A. (1985). *Inanspruchnahme ambulanter psychosozialer Einrichtungen für Kinder und Jugendliche in Südniedersachsen*. Unveröffentlichter Forschungsbericht, Göttingen.

Holtmann, M. & Schmidt, M. H. (2004). Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 195-200.

Hummel, P. (1986). Veränderung der stationären Inanspruchnahme einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie zwischen 1956 und 1984. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 14(2), 145-158.

Ihle W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 159-169.

Jané Claustre, M., Canals, J., Ballespi, S., Vinas, F., Esparo, G. & Domenech, E. (2006). Parents and teachers reports of DSM-IV psychopathological symptoms in preschool children: Differences between urban-rural Spanish areas. *Social-Psychiatry-and-Psychiatric-Epidemiology*. 41(5), 386-393.

Janssen, J. & Laatz, W. (2005). *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows*. (5. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.

Jungmann, J., Göbel, D. & Remschmidt, H. (1978). Erfahrungen mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation unter Berücksichtigung des multiaxialen Diagnoseschlüssels. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 6, 56-75.

Jungmann, J. & Roosen-Runge, G. (2004). *Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen*. Projekt 2001 – 2003 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. Aachen: Shaker Verlag.

Kashani, J. H., Beck, N. C., Hooper, E. W., Fallahi, C., Corcoran, C. M., McAllister, J. A., Rosenberg, T. K. & Reid, J. C. (1987). *Psychiatric disorders in a community sample of adolescents*. *American Journal of Psychiatry*, 144, 584-589.

Koot, H. M. & Verhulst, F. C. (1992). Prediction of children's referral to mental health and special education services from earlier adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 717-729.

Köster, I. & von Ferber, L. (1999). *Bericht zur Häufigkeit und Verteilung psychosozialer und psychiatrischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (0-19 Jahren) in Herne*. Bericht der Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität zu Köln.

Kraemer, H. C., Measelle, J. R., Ablow, J. C., Essex, M. J., Boyce, W. T. & Kupfer, D. J. (2003). A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: mixing and matching contexts and perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1566-1577.

Lahey, B.B., Waldman, I.D., McBurnett, K. (1999). Annotation. The development of antisocial behavior: An integrative causal model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 669-682.

Lapouse R. & Monk, M. (1958). An epidemiological study of behavior characteristics in children. *American Journal of Public Health*, 48, 1134-1144.

Lavigne, J.V., Gibbons, R.D., Kaufer Christoffel, K. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 204-214.

Laucht, M. & Schmidt, M. H. (2001). Epidemiologie psychischer Störungen in Kindheit und Jugend. *ZNS Journal*, 24, 3-13.

Ledoux, S., Choquet, M. & Flament, M. (1991). Eating disorders in an unselected French population. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 81-89.

Lehmkuhl, G., Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U. & Poustka, F. (1998). Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatischer Beschwerden bei vier- bis zehnjährigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26(2), 83-96.

Lewinsohn, P., Hops, H., Roberts, R., Seeley, J. & Andrews, J. (1993). Adolescent Psychopathology: I. Prevalence and Incidence of Depression and Other DSM-III-R Disorders in High School Students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 133-144.

Lieb R., Isensee B., von Sydow K. & Wittchen H.-U. (2000). The Early Developmental Stages of Psychopathology Study (EDSP): A methodological update. *European Addiction Research*, 6 (4), 170-182

Lynch, F., Mills, C., Daly, I. & Fitzpatrick, C. (2006). Challenging times: Prevalence of psychiatric disorders and suicidal behaviours in Irish adolescents. *Journal of Adolescence*, 29(4), 555-573.

Mattejat, F., Trosse, M., John, K., Bachmann, M. & Remschmidt, H. (2006). *Kjp-Qualität – Modell-Forschungsprojekt zur Qualität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen. Abschlussbericht*. Marburg: Görlich & Weiershäuser.

Mattner, D. (2006). *ADS – Die Biologisierung abweichenden Verhaltens*. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y. & Hüther, G. (Hrsg.), *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung*. 2. Aufl., 51-69. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P. A. & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 611-619.

McGee, R., Feehan, M. & Williams, S. (1995). *Long term follow-up of a birth cohort*. In F. C. Verhulst & H. M. Koot (eds.), *The epidemiology of child and adolescent psychopathology* (pp. 366-384). Oxford: Oxford University Press.

Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R. & Ford, T. (2000). *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. London: Stationery Office.

Murray, C. J. L., Lopez, A. D. (eds.) (1996). *The global burden of disease, Vol.1*. Genf: WHO

Muthers-Huboi, A. (2004). *Verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche in ambulanten Einrichtungen mit psychologisch-psychotherapeutischem Behandlungsschwerpunkt*. Hamburg: Dr. Kovac.

Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P. A. & Stanton, W. R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 551-562.

Offer, D., Howard, K. I., Schonert, K. A. & Ostrov, E. (1991). To whom do adolescents turn for help? Differences between disturbed and non-disturbed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 623-630.

Offord, D. R., Boyle, M. H., Szatmari, P. Rae-Grant, N., Links, P. S., Cadman, D. T. Byles, J. A., Crawford, J. W., Blum, H. M., Byrne, C. Thomas, H. & Woodward, C. A. (1987). Ontario child health study II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44, 832-836.

Offord, D. R., Boyle, M. H., Racine, Y. A. Fleming, J. E., Cadman, D. T. Blum, H. M., Byrne, C., Links, P. S., Lipman, E. L., MacMillan, H. L., Rae Grant, N. I., Sanford, M. N., Szatmari, P., Thomas, H. & Woodward, C. A. (1992). Outcome, prognosis and risk in a longitudinal follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 916-923.

Pellegrini, D.S. (1990). Psychosocial risk and protective factors in childhood. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 11, 201-209.

Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter – Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 14(1), 48-57.

Petersen, D., Bilenberg, N., Hoerder K. & Gillberg, C. (2006). The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8– to 9–year–old children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(2), 71-78.

Presting, G., Höger, C., Witte-Lakemann, G., Specht, F. & Rothenberger, A. (1998). Variationsbreite stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Dokumentation. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26, 97-112.

Puura, K., Almqvist, F., Tamminen, T., Piha, J., Räsänen, E., Kumpulainen, K., Moilanen, I. & A.-M. Koivisto, A.-M. (1998). Psychiatric disturbances among prepubertal children in Southern Finland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(7), 310-318.

Rapin, I. (1997). Autism. *The New England Journal of Medicine*, 337, 97-104.

Ravens-Sieberer, U. & Kurth, B.-M., (2008). The mental health module (BELLA study) within the German Health Interview and Examination Survey of Children and Adolescents (KiGGS): study design and methods. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17 (Suppl. 1), 10-21.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H.-U., Rothenberger, A., Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Hölling, H., Bullinger, M., Barkmann, C., Schulte-Markwort, M. & Döpfner, M., (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the national Health Interview and Examination Survey. . *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17 (Suppl. 1), 22-33.

Ravens-Sieberer, U., Kurth, B.-M., Wittchen, H.-U., Rothenberger, A. & Schulte-Markwort, M. (2008). Mental health in children and adolescents. Results of the BELLA study in Germany. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17 (Suppl. 1), 1-91.

Ravens-Sieberer, U. (2008). The Contribution of the BELLA study in filling the gap of knowledge on mental health and well-being in children and adolescents in Germany. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(Suppl. 1), 5-9.

Reich, W. & Earls, F. (1987). Rules for making psychiatric diagnosis in children on the basis of multiple sources of information: Preliminary strategies. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 601 – 616.

Reingen, P. & Heubach, H. J. (1983). *Beschreibung der Patienten einer Praxis für Kinder- u. Jugendpsychiatrie*. Dissertation, Düsseldorf.

Remschmidt, H. (Hrsg.) (2000). *Kinder und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung*. (3. Auflage). Stuttgart: Thieme.

Remschmidt, H. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1994). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. (3. Auflage). Bern: Huber.

Remschmidt, H. & Walter, R. (1989). *Evaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Analysen und Erhebungen in drei hessischen Landkreisen*. Stuttgart: Enke.

Remschmidt, H. & Walter, R. (1990). *Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern*. Göttingen: Hogrefe.

Remschmidt, H. & Walter, R. (1990b). Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Eine epidemiologische Untersuchung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 18, 121-132.

Remschmidt, H., Walter, R., Kampert, K. & Henninghausen, K. (1990). Evaluation der Versorgung psychisch auffälliger und kranker Kinder und Jugendlicher in drei Landkreisen. Erhebungen an einer nahezu vollständigen Inanspruchnahmepopulation. *Der Nervenarzt*, 61, 34-45.

Richman, N., Stevenson, J. & Graham, P. (1982). *Preschool to school: a behavioural study*. London: Academic Press.

Roberts, R. E., Attkisson, C. C. & Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155(6), 715-725.

Robins, L. N. & Regier, D. A. (eds.) (1991). *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. New York: Maxwell Macmillan International.

Rutter M., Tizard M. & Whitmore K. (1970). *Education, Health and Behaviour: Psychological and Medical Study of Childhood Development*. London: Longman.

Schmidt, M. H. (2000). Verlauf von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*, 101(38), A2536-A2541.

Schmidt, M. H., Armbruster, F., Günzler, G. & Stober, B. (1978). Veränderungen in einer kinderpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation durch Eröffnung stationärer Behandlungsmöglichkeiten. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie* 6, 76-86.

Schydlo, R. & Heubach, H. J. (1992). „Modellverbund Psychiatrie“ – Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung – Interdisziplinäre Betreuung in Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 7*. Baden-Baden: Nomos.

Seidler, E. (2004). „Zappelphilipp“ und ADHS. Von der Unart zur Krankheit. *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (5), A239-A243.

Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M., Lahey, B., Bourdon, K., Jensen, P., Bird, H., Canino, G. & Regier, D. (1996).

The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, Acceptability, Prevalence Rates, and Performance in the MECA Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(7), 865-877.

Shaffer, D., Fisher, P. & Lucas, C. P. (1999). *Respondent-based interviews*. In: D. Shaffer, C. P. Lucas & J. E. Richters (eds.), *Diagnostic assessment in child and adolescent psychopathology* (pp. 3-33). New York: Guilford.

Simonoff, E., Pickles, A., Meyer, J., Silberg, J., Maes, H., Loeber, R., Rutter, M., Hewitt, J. & Eaves, L. (1997). The Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. Influences of Age, Sex, and Impairment on Rates of Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 801-808.

Steinhausen, H. C. & Göbel, D. (1981): Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 30, 231-236.

Steinhausen, H. C. & Göbel, D. (1982): Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: II. Zusammenhangs- und Bedingungsanalysen.. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 31, 3-9.

Steinhausen, H. C., Metzke, C., Meier, M. & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: The Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(4), 262-271.

Sundström, G. A., Rössler, W., Schmidt, M. H., An der Heiden, W. & Jung, E. (1987). Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten: *Erste empirische Ergebnisse*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 36(6), 220-225.

Trampisch, H. J. & Windeler, J. (2000): *Medizinische Statistik*. (2. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer

Velez, C. N., Johnson, J. & Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 861-864.

Verhulst, F. C. (1995). *The epidemiology of child and adolescent psychopathology: Strengths and limitations*. In: F. C. Verhulst and H. M. Koot (eds.), *The epidemiology of child and adolescent psychopathology*, 1-21. Oxford: Oxford University Press.

Verhulst, F. C., van der Ende, J., Kasius, M. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 55-75.

Von Aster, M., Meier, M. & Steinhausen, H. C. (1998). Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 47, 668-682.

Von Gontard, A. (1998). Annotation: day and night wetting in children - a paediatric and child psychiatric perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 439-451.

Waddell, C., Offord, D. R., Shepherd, C. A., Hua, J. M. & McEwan, K. (2002). Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy making: The state of the art and the art of the possible. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 825-832.

Walter, R., Kampert, K. & Remschmidt, H. (1988). Evaluation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in drei hessischen Landkreisen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 37, 2-11.

Werner, E.E. & Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw Hill.

Weyerer, S., castell, R., biener, A., Artner, K. & Dilling, H. (1988). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3 to 14-year-old children: Results of a representative field study in the small town rural region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 290-296.

Wittchen, H-U., Nelson, G. & Lachner, G. (1998) Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126

Wu, P., Hoven, C. W., Bird, H. R., Moore, R. E., Cohen, P., Alegria, M.; Dulcan, M. K., Goodman, S. H., horwitz, S. M., Lichtman, J. H., Narrow, W. E. Rae, D. S, Regier, D. A., Roper, M. T. & Bostic, J. Q. (1999). Depressive and disruptive disorders and mental health service utilization in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1081 – 1090.

10. Anhang

Gliederung des Anhangs:

Anhang A	Tabellen – Teilstichproben, Vergleich mit Literaturdaten
Anhang B	Tabellen – Teilstichproben, Vergleich der Praxen
Anhang C	Verzeichnis der Abkürzungen
Anhang D	Lebenslauf, Verzeichnis der akademischen Lehrer, Danksagung, ehrenwörtliche Erklärung

Tabellen

Zu Kapitel 6.1

BCAMHS 99

Alters- und Geschlechtsverteilung

Tab. 10.1: Testung der Altersverteilung in den Studien, Teilstichprobe „männliche Patienten“

			PRAXIS		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS99	
ALTER	5-10	N	271	384	655
		%	74,5	50,1	58,0
		SR	4,1	-2,8	
	11-15	N	93	382	475
		%	25,5	49,9	42,0
		SR	-4,9	3,3	
Gesamt		N	364	766	1130
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 59,896; df=1; p<0,0005					

Tab. 10.2: Testung der Altersverteilung in den Studien, Teilstichprobe „weibliche Patienten“

			PRAXIS		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS99	
ALTER	5-10	N	132	193	325
		%	70,6%	43,2%	51,3%
		SR	3,7	-2,4	
	11-15	N	55	254	309
		%	29,4%	56,8%	48,7%
		SR	-3,8	2,4	
Gesamt		N	187	447	634
		%	100,0%	100,0%	100,0%
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 39,652; df=1; p<0,0005					

Tab. 10.3: Testung der Geschlechtsverteilung in den Studien, Teilstichprobe „Pat. 5-10 Jahre“

			PRAXIS		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS99	
Geschlecht	männlich	N	271	384	655
		%	67,2	66,6	66,8
		SR	0,1	-0,1	
	weiblich	N	132	193	325
		%	32,8	33,4	33,2
		SR	-0,1	0,1	
Gesamt		N	403	577	980
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 0,052; df=1; p=0,836					

Tab. 10.4: Testung der Geschlechtsverteilung in den Studien, Teilstichprobe „Pat. 11-15 Jahre“

			PRAXIS		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS99	
Geschlecht	männlich	N	93	382	475
		%	62,8	60,1	60,6
		SR	0,4	-0,2	
	weiblich	N	55	254	309
		%	37,2	39,9	39,4
		SR	-0,4	0,2	
Gesamt		N	148	636	784
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 0,387; df=1; p=0,576 SR: Standardisierte Residuen					

Diagnosenverteilung

Tab. 10.5 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "männl. Patienten"

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS99	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	123	214	337
		%	33,8	28,1	29,9
		SR	1,3	-0,9	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	43	386	429
		%	11,8	50,7	38,1
		SR	-8,1	5,6	
	Hyperkinetische Störungen	N	186	125	311
		%	51,1	16,4	27,6
		SR	8,5	-5,9	
	Seltene Störungen	N	12	37	49
		%	3,3	4,9	4,4
		SR	-1,0	0,7	
Gesamt		N	364	762	1126
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 208,210; df=3; p<0,0005					

Tab. 10.6 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "weibl. Patienten"

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS99	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	99	235	334
		%	52,9	52,9	52,9
		SR	0,0	0,0	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	8	167	175
		%	4,3	37,6	27,7
		SR	-6,1	4,0	
	Hyperkinetische Störungen	N	67	21	88
		%	35,8	4,7	13,9
		SR	8,0	-5,2	
	Seltene Störungen	N	13	21	34
		%	7,0	4,7	5,4
		SR	0,9	-0,6	
Gesamt		N	187	444	631
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 145,177; df=3; p<0.0005
SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.7 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "Pat. 5-10 Jahre"

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS99	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	151	192	343
		%	37,5	33,3	35,0
		SR	0,8	-0,7	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	40	268	308
		%	9,9	46,5	31,5
		SR	-7,7	6,4	
	Hyperkinetische Störungen	N	196	87	283
		%	48,6	15,1	28,9
		SR	7,4	-6,2	
	Seltene Störungen	N	16	29	45
		%	4,0	5,0	4,6
		SR	-0,6	0,5	
Gesamt		N	403	576	979
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 194,934; df=3; p<0,0005

Tab. 10.8 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "Pat. 11-15 Jahre"

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS99	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	71	258	329
		%	48,0	40,5	41,9
		SR	1,1	-0,5	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	11	286	297
		%	7,4	44,9	37,8
		SR	-6,0	2,9	
	Hyperkinetische Störungen	N	57	65	122
		%	38,5	10,2	15,5
		SR	7,1	-3,4	
	Seltene Störungen	N	9	28	37
		%	6,1	4,4	4,7
		SR	0,8	-0,4	
Gesamt		N	148	637	785
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 108,910; df=3; p<0,0005					

Tab. 10.9 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "männl. Pat. 5-10 J."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS99	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	96	90	186
		%	25,0	33,2	28,4
		SR	-1,2	1,5	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	189	33	222
		%	49,2	12,2	33,9
		SR	5,2	-6,1	
	Hyperkinetische Störungen	N	76	141	217
		%	19,8	52,0	33,1
		SR	-4,5	5,4	
	Seltene Störungen	N	23	7	30
		%	6,0	2,6	4,6
		SR	1,3	-1,5	
Gesamt		N	384	271	655
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 121,954; df=3; p<0,0005

Tab. 10.10 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "männl. Pat. 11-15 J."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS99	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	33	118	151
		%	35,5	30,9	31,8
		SR	0,6	-0,3	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	10	199	209
		%	10,8	52,1	44,0
		SR	-4,8	2,4	
	Hyperkinetische Störungen	N	45	53	98
		%	48,4	13,9	20,6
		SR	5,9	-2,9	
	Seltene Störungen	N	5	12	17
		%	5,4	3,1	3,6
		SR	0,9	-0,5	
Gesamt		N	93	382	475
		%	100,0	100,0	100,0

1 Zellen (12,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,33.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 74,744; p<0,0005

Tab. 10.11 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "weibl. Pat. 5-10 J."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS99	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	61	96	157
		%	46,2	49,7	48,3
		SR	-0,3	0,3	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	7	79	86
		%	5,3	40,9	26,5
		SR	-4,7	3,9	
	Hyperkinetische Störungen	N	55	12	67
		%	41,7	6,2	20,6
		SR	5,3	-4,4	
	Seltene Störungen	N	9	6	15
		%	6,8	3,1	4,6
		SR	1,2	-1,0	
Gesamt		N	132	193	325
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
Chi-Quadrat nach Pearson 87,927; df=3; p<0,0005

Tab. 10.12 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "weibl. Pat. 11-15 J."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS99	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	38	140	178
		%	69,1	55,1	57,6
		SR	1,1	-0,5	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	1	87	88
		%	1,8	34,3	28,5
		SR	-3,7	1,7	
	Hyperkinetische Störungen	N	12	11	23
		%	21,8	4,3	7,4
		SR	3,9	-1,8	
	Seltene Störungen	N	4	16	20
		%	7,3	6,3	6,5
		SR	0,2	-0,1	
Gesamt		N	55	254	309
		%	100,0	100,0	100,0

2 Zellen (25,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,56.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 74,744; p<0,0005

BCAMHS 04**Alters- und Geschlechtsverteilung****Tab. 10.13: Testung der Altersverteilung in den Studien, Teilstichprobe „männliche Patienten“**

			PRAXIS		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS04	
ALTER	5-10	N	271	281	552
		%	73,6	45,4	55,9
		SR	4,5	-3,5	
	11-15	N	97	338	435
		%	26,4	54,6	44,1
		SR	-5,1	3,9	
Gesamt		N	368	619	987
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 74,701; df=1; p<0,0005					

Tab. 10.14: Testung der Altersverteilung in den Studien, Teilstichprobe „weibliche Patienten“

			PRAXIS		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS04	
ALTER	5-10	N	132	118	250
		%	68,8	32,3	44,9
		SR	4,9	-3,6	
	11-15	N	60	247	307
		%	31,3	67,7	55,1
		SR	-4,5	3,2	
Gesamt		N	192	365	557
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 67,465; df=1; p<0,0005

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.15: Testung der Geschlechtsverteilung in den Studien, Teilstichprobe „Pat. 5-10 Jahre“

			PRAXIS		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS04	
Geschlecht	männlich	N	271	281	552
		%	67,2	70,4	68,8
		SR	-0,4	0,4	
	weiblich	N	132	118	250
		%	32,8	29,6	31,2
		SR	0,6	-0,6	
Gesamt		N	403	399	802
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 0,945; df=1; p=0,360.

Tab. 10.16: Testung der Geschlechtsverteilung in den Studien, Teilstichprobe „Pat. 11-15 Jahre“

			PRAXIS		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS04	
Geschlecht	männlich	N	97	338	435
		%	61,8	57,8	58,6
		SR	0,5	-0,3	
	weiblich	N	60	247	307
		%	38,2	42,2	41,4
		SR	-0,6	0,3	
Gesamt		N	157	585	742
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 0,819; df=1; p=0,412					

Diagnosenverteilung

Tab. 10.17 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe “männl. Patienten”

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS04	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	126	127	253
		%	34,2	20,5	25,6
		SR	3,3	-2,5	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	43	308	351
		%	11,7	49,7	35,5
		SR	-7,7	5,9	
	Hyperkinetische Störungen	N	187	107	294
		%	50,8	17,3	29,8
		SR	7,4	-5,7	
	Seltene Störungen	N	12	78	90
		%	3,3	12,6	9,1
		SR	-3,7	2,9	
Gesamt		N	368	620	988
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 220,300; df=3; p<0,0005.

Tab. 10.18 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "weibl. Patienten"

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS04	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	103	166	269
		%	53,6	45,7	48,5
		SR	1,0	-0,7	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	8	151	159
		%	4,2	41,6	28,6
		SR	-6,3	4,6	
	Hyperkinetische Störungen	N	67	15	82
		%	34,9	4,1	14,8
		SR	7,3	-5,3	
	Seltene Störungen	N	14	31	45
		%	7,3	8,5	8,1
		SR	-0,4	0,3	
Gesamt		N	192	363	555
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 143,719; df=3; p<0,0005.

Tab. 10.19 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "Pat. 5-10 Jahre"

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS04	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	151	94	245
		%	37,5	35,9	36,8
		SR	0,2	-0,3	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	40	54	94
		%	9,9	20,6	14,1
		SR	-2,2	2,8	
	Hyperkinetische Störungen	N	196	63	259
		%	48,6	24,0	38,9
		SR	3,1	-3,9	
	Seltene Störungen	N	16	51	67
		%	4,0	19,5	10,1
		SR	-3,9	4,8	
Gesamt		N	403	262	665
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 199,420; df=3; p<0,0005.

Tab. 10.20 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "Pat. 11-16 Jahre"

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS04	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	78	203	281
		%	49,7	34,2	37,5
		SR	2,5	-1,3	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	11	276	287
		%	7,0	46,5	38,3
		SR	-6,3	3,3	
	Hyperkinetische Störungen	N	58	57	115
		%	36,9	9,6	15,3
		SR	6,9	-3,6	
	Seltene Störungen	N	10	57	67
		%	6,4	9,6	8,9
		SR	-1,1	0,6	
Gesamt		N	157	593	750
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 120,548; df=3; p<0,0005.

Tab. 10.21 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "männl. Pat. 5-10 J."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS04	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	90	44	134
		%	33,2	15,7	24,3
		SR	3,0	-2,9	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	33	139	172
		%	12,2	49,5	31,2
		SR	-5,6	5,5	
	Hyperkinetische Störungen	N	141	54	195
		%	52,0	19,2	35,3
		SR	4,6	-4,5	
	Seltene Störungen	N	7	44	51
		%	2,6	15,7	9,2
		SR	-3,6	3,5	
Gesamt		N	271	281	552
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 146,719; df=3; p<0,0005.

Tab. 10.22 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "männl. Pat. 11-16 J."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS99	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	36	84	120
		%	37,1	24,9	27,6
		SR	1,8	-1,0	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	10	170	180
		%	10,3	50,3	41,4
		SR	-4,8	2,5	
	Hyperkinetische Störungen	N	46	50	96
		%	47,4	14,8	22,1
		SR	5,3	-2,8	
	Seltene Störungen	N	5	34	39
		%	5,2	10,1	9,0
		SR	-1,3	0,7	
Gesamt		N	97	338	435
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 71,615; df=3; p<0,0005.

Tab. 10.23 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "weibl. Pat. 5-10 J."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS04	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	61	48	109
		%	46,2	40,7	43,6
		SR	0,5	-0,5	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	7	54	61
		%	5,3	45,8	24,4
		SR	-4,4	4,7	
	Hyperkinetische Störungen	N	55	8	63
		%	41,7	6,8	25,2
		SR	3,8	-4,0	
	Seltene Störungen	N	9	8	17
		%	6,8	6,8	6,8
		SR	0,0	0,0	
Gesamt		N	132	118	250
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 72,329; df=3; p<0,0005.

Tab. 10.24 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "weibl. Pat. 11-16 J."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	BCAMHS04	
DIAGNOSE	Emotionalstörungen	N	42	119	161
		%	70,0	48,2	52,4
		SR	1,9	-0,9	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	1	99	100
		%	1,7	40,1	32,6
		SR	-4,2	2,1	
	Hyperkinetische Störungen	N	12	8	20
		%	20,0	3,2	6,5
		SR	4,1	-2,0	
	Seltene Störungen	N	5	21	26
		%	8,3	8,5	8,5
		SR	0,0	0,0	
Gesamt		N	60	247	307
		%	100,0	100,0	100,0
1 Zellen (12,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Prüfgröße exakter Test nach Fisher 53,005; p<0,0005.					

Kurpfalz-Studie

Alters- und Geschlechtsverteilung

Tab. 10.25: Testung der Altersverteilung in den Studien, Teilstichprobe „männliche Patienten“

			PRAXIS		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Kurpfalzstudie	
ALTER	8	N	59	24	83
		%	72,0	53,3	65,4%
		SR	0,7	-1,0	
	13	N	23	21	44
		%	28,0	46,7	34,6%
		SR	-1,0	1,4	
Gesamt		N	82	45	127
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 4,448; df=1; p=0,051

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.26: Testung der Altersverteilung in den Studien, Teilstichprobe „weibliche Patienten“

			PRAXIS		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Kurpfalzstudie	
ALTER	8	N	29	11	40
		%	78,4	45,8	65,6
		SR	1,0	-1,2	
	13	N	8	13	21
		%	21,6	54,2	34,4
		SR	-1,3	1,6	
Gesamt		N	37	24	61
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 6,830; df=1; p=0,013					

Tab. 10.27 Testung der Geschlechtsverteilung über die Studien, Teilstichprobe “8-Jährige Pat.”

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Kurpfalzstudie	
Geschlecht	männlich	N	59	24	83
		%	67,0	68,6	67,5
		SR	0,0	0,1	
	weiblich	N	29	11	40
		%	33,0	31,4	32,5
		SR	0,1	-0,1	
Gesamt		N	88	35	123
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 0,027; df=1; p=1,000
SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.28 Testung der Geschlechtsverteilung über die Studien, Teilstichprobe “13-jährige Pat.”

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Kurpfalzstudie	
Geschlecht	männlich	N	23	21	44
		%	74,2	61,8	67,7
		SR	0,4	-0,4	
	weiblich	N	8	13	21
		%	25,8	38,2	32,3
		SR	-0,6	0,6	
Gesamt		N	31	34	65
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 1,145; df=1; p=0,304
SR: Standardisierte Residuen

Diagnosenverteilung

Tab. 10.29 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "männliche Patienten"

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Kurpfalz-Studie	
DIAGNOSE	Neurotische u. Emotionalstörungen	N	23	16	39
		%	28,0	35,6	30,7
		SR	-0,4	0,6	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	10	13	23
		%	12,2	28,9	18,1
		SR	-1,3	1,7	
	Hyperkinetische Störungen	N	37	12	49
		%	45,1	26,7	38,6
		SR	1,0	-1,3	
	andere spezif. Störungen	N	12	4	16
		%	14,6	8,9	12,6
		SR	0,5	-0,7	
Gesamt		N	82	45	127
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
Chi-Quadrat nach Pearson 8,330; df=3; p=0,04

Tab. 10.30 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "weibliche Patienten"

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Kurpfalz-Studie	
DIAGNOSE	Neurotische u. Emotionalstörungen	N	13	8	21
		%	35,1	33,3	34,4
		SR	0,1	-0,1	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	1	7	8
		%	2,7	29,2	13,1
		SR	-1,7	2,2	
	Hyperkinetische Störungen	N	20	0	20
		%	54,1	0,0	32,8
		SR	2,3	-2,8	
	andere spezif. Störungen	N	3	9	12
		%	8,1	37,5	19,7
		SR	-1,6	2,0	
Gesamt		N	37	24	61
		%	100,0	100,0	100,0

3 Zellen (37,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,15
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 30,145; p<0,0005
SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.31 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "8-jährige Pat."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Kurpfalz-Studie	
DIAGNOSE	Neurotische u. Emotionalstörungen	N	25	13	38
		%	28,4	37,1	30,9
		SR	-0,4	0,7	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	7	4	11
		%	8,0	11,4	8,9
		SR	-0,3	0,5	
	Hyperkinetische Störungen	N	44	9	53
		%	50,0	25,7	43,1
		SR	1,0	-1,6	
	andere spezif. Störungen	N	12	9	21
		%	13,6	25,7	17,1
		SR	-0,8	1,2	
Gesamt		N	88	35	123
		%	100,0	100,0	100,0

1 Zellen (12,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,13.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 6,842; p=0,075

Tab. 10.32 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "13-jährige Pat."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Kurpfalz-Studie	
DIAGNOSE	Neurotische u. Emotionalstörungen	N	11	11	22
		%	35,5	32,4	33,8
		SR	0,2	-0,1	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	4	16	20
		%	12,9	47,1	30,8
		SR	-1,8	1,7	
	Hyperkinetische Störungen	N	13	3	16
		%	41,9	8,8	24,6
		SR	1,9	-1,9	
	andere spezif. Störungen	N	3	4	7
		%	9,7	11,8	10,8
		SR	-0,2	0,2	
Gesamt		N	31	34	65
		%	100,0	100,0	100,0

2 Zellen (25,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,34.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 13,689; p=0,003

Tab. 10.33 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "8-jährige männl. Pat."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Kurpfalz-Studie	
DIAGNOSE	Neurotische u. Emotionalstörungen	N	17	8	25
		%	28,8	33,3	30,1
		SR	-0,2	0,3	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	6	4	10
		%	10,2	16,7	12,0
		SR	-0,4	0,7	
	Hyperkinetische Störungen	N	26	9	35
		%	44,1	37,5	42,2
		SR	0,2	-0,4	
	andere spezif. Störungen	N	10	3	13
		%	16,9	12,5	15,7
		SR	0,2	-0,4	
Gesamt		N	59	24	83
		%	100,0	100,0	100,0

2 Zellen (25,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,89.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 1,220; p=0,754.

Tab. 10.34 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "13-jährige männl. Pat."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Kurpfalz-Studie	
DIAGNOSE	Neurotische u. Emotionalstörungen	N	6	8	14
		%	26,1	38,1	31,8
		SR	-0,5	0,5	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	4	9	13
		%	17,4	42,9	29,5
		SR	-1,1	1,1	
	Hyperkinetische Störungen	N	11	3	14
		%	47,8	14,3	31,8
		SR	1,4	-1,4	
	andere spezif. Störungen	N	2	1	3
		%	8,7	4,8	6,8
		SR	0,3	-0,4	
Gesamt		N	23	21	44
		%	100,0	100,0	100,0

2 Zellen (25,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,43.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 7,004; p=0,053.

Tab. 10.35 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "8-jährige weibl. Pat."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Kurpfalz-Studie	
DIAGNOSE	Neurotische u. Emotionalstörungen	N	8	5	13
		%	27,6	45,5	32,5
		SR	-0,5	0,8	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	1	0	1
		%	3,4	0,0	2,5
		SR	0,3	-0,5	
	Hyperkinetische Störungen	N	18	0	18
		%	62,1	0,0	45,0
		SR	1,4	-2,2	
	andere spezif. Störungen	N	2	6	8
		%	6,9	54,5	20,0
		SR	-1,6	2,6	
Gesamt		N	29	11	40
		%	100,0	100,0	100,0

2 Zellen (25,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,43.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 17,616; p<0,0005.

Tab. 10.36 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe "13-jährige weibl. Pat."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Kurpfalz-Studie	
DIAGNOSE	Neurotische u. Emotionalstörungen	N	5	3	8
		%	62,5	23,1	38,1
		SR	1,1	-,9	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	0	7	7
		%	0,0	53,8	33,3
		SR	-1,6	1,3	
	Hyperkinetische Störungen	N	2	0	2
		%	25,0	0,0	9,5
		SR	1,4	-1,1	
	andere spezif. Störungen	N	1	3	4
		%	12,5	23,1	19,0
		SR	-0,4	0,3	
Gesamt		N	8	13	21
		%	100,0	100,0	100,0

8 Zellen (100,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 0,76.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 9,384; p=0,14.

Versichertenstichprobe Dortmund

Alters- und Geschlechtsverteilung

Tab. 10.37 Testung der Geschlechtsverteilung über die Studien ohne Berücksichtigung von Diagnosegruppe F4, Teilstichprobe „unter 10-jährige“

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Versichertenstichprobe DO	
Geschlecht	männlich	N	249	76	325
		%	67,7	56,7	64,7
		SR	0,7	-1,2	
	weiblich	N	119	58	177
		%	32,3	43,3	35,3
		SR	-0,9	1,6	
Gesamt		N	368	134	502
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 5,157; df=1; p=0,027					

Tab. 10.38 Testung der Geschlechtsverteilung über die Studien ohne Berücksichtigung von Diagnosegruppe F4, Teilstichprobe „Pat. ab 10 J.“

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Versichertenstichprobe DO	
Geschlecht	männlich	N	112	21	133
		%	67,9	70,0	68,2
		SR	-0,1	0,1	
	weiblich	N	53	9	62
		%	32,1	30,0	31,8
		SR	0,1	-0,2	
Gesamt		N	165	30	195
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 0,053; df=1; p=0,836					

Tab. 10.39: Testung der Altersverteilung über die Studien ohne Berücksichtigung von Diagnosegruppe F4, Teilstichprobe „männliche Patienten“

			PRAXIS		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Versichertenstichprobe DO	
ALTER	<10 J.	N	249	76	325
		%	69,0	78,4	71,0
		SR	-0,4	0,9	
	>=10 J.	N	112	21	133
		%	31,0	21,6	29,0
		SR	0,7	-1,4	
Gesamt		N	361	97	458
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 3,261; df=1; p=0,078					

Tab. 10.40: Testung der Altersverteilung über die Studien ohne Berücksichtigung von Diagnosegruppe F4, Teilstichprobe „weibliche Patienten“

			PRAXIS		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Versichertenstichprobe DO	
ALTER	<10 J.	N	119	58	177
		%	69,2	86,6	74,1
		SR	-0,7	1,2	
	>=10 J.	N	53	9	62
		%	30,8	13,4	25,9
		SR	1,3	-2,0	
Gesamt		N	172	67	239
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 7,582; df=1; p=0,008					

Diagnosenverteilung

Tab. 10.41 Testung der Diagnosenverteilung über die Stichproben unter Berücksichtigung von Diagnosegruppe F4, Teilstichprobe "männliche Patienten"

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Versichertenstichprobe DO	
DIAGNOSE	Verhaltens- und Emotional- störungen (F9)	N	349	39	388
		%	82,1	35,5	72,5
		SR	2,3	-4,6	
	Störungen mit körperlichen Faktoren (F5)	N	6	26	32
		%	1,4	23,6	6,0
		SR	-3,9	7,6	
	Umschriebene Entwicklungs- störungen (F8)	N	6	32	38
		%	1,4	29,1	7,1
		SR	-4,4	8,7	
	Neurotische Störungen (F4)	N	64	13	77
		%	15,1	11,8	14,4
		SR	0,4	-0,7	
Gesamt		N	425	110	535
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 193,289; df=3; p<0,0005

Tab. 10.42 Testung der Diagnosenverteilung über die Stichproben unter Berücksichtigung von Diagnosegruppe F4, Teilstichprobe "weibliche Patienten"

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Versichertenstichprobe DO	
DIAGNOSE	Verhaltens- und Emotional- störungen (F9)	N	162	23	185
		%	66,4	26,4	55,9
		SR	2,2	-3,7	
	Störungen mit körperlichen Faktoren (F5)	N	8	27	35
		%	3,3	31,0	10,6
		SR	-3,5	5,9	
	Umschriebene Entwicklungs- störungen (F8)	N	2	17	19
		%	0,8	19,5	5,7
		SR	-3,2	5,4	
	Neurotische Störungen (F4)	N	72	20	92
		%	29,5	23,0	27,8
		SR	0,5	-0,9	
Gesamt		N	244	87	331
		%	100,0	100,0	100,0

1 Zellen (12,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,99.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 94,424; p<0,0005

Tab. 10.43 Testung der Diagnosenverteilung über die Stichproben ohne Berücksichtigung von Diagnosegruppe F4, Teilstichprobe " Patienten unter 10 J."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Versichertenstichprobe DO	
DIAGNOSE	Verhaltens- und Emotional- störungen (F9)	N	356	43	399
		%	96,7	32,1	79,5
		SR	3,7	-6,2	
	Störungen mit körperlichen Faktoren (F5)	N	7	49	56
		%	1,9	36,6	11,2
		SR	-5,3	8,8	
	Umschriebene Entwicklungs- störungen (F8)	N	5	42	47
		%	1,4	31,3	9,4
		SR	-5,0	8,3	
Gesamt		N	368	134	502
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 251,800; df=2; p<0,0005

Tab. 10.44 Testung der Diagnosenverteilung über die Stichproben ohne Berücksichtigung von Diagnosegruppe F4, Teilstichprobe " Patienten ab 10 J."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Versichertenstichprobe DO	
DIAGNOSE	Verhaltens- und Emotional- störungen (F9)	N	155	19	174
		%	93,9	63,3	89,2
		SR	0,6	-1,5	
	Störungen mit körperlichen Faktoren (F5)	N	7	4	11
		%	4,2	13,3	5,6
		SR	-0,8	1,8	
	Umschriebene Entwicklungs- störungen (F8)	N	3	7	10
		%	1,8	23,3	5,1
		SR	-1,9	4,4	
Gesamt		N	165	30	195
		%	100,0	100,0	100,0

2 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,54.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher: 21,675; p<0,0005

Tab. 10.45 Testung der Diagnosenverteilung über die Stichproben ohne Berücksichtigung von Diagnosegruppe F4, Teilstichprobe " männliche Patienten unter 10 J."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Versichertenstichprobe DO	
DIAGNOSE	Verhaltens- und Emotional- störungen (F9)	N	241	25	266
		%	96,8	32,9	81,8
		SR	2,6	-4,7	
	Störungen mit körperlichen Faktoren (F5)	N	5	25	30
		%	2,0	32,9	9,2
		SR	-3,8	6,8	
	Umschriebene Entwicklungs- störungen (F8)	N	3	26	29
		%	1,2	34,2	8,9
		SR	-4,1	7,4	
Gesamt		N	249	76	325
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 160,307; df=2; p<0,0005

Tab. 10.46 Testung der Diagnosenverteilung über die Stichproben ohne Berücksichtigung von Diagnosegruppe F4, Teilstichprobe " männliche Patienten ab 10 J."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Versichertenstichprobe DO	
DIAGNOSE	Verhaltens- und Emotional- störungen (F9)	N	108	14	122
		%	96,4	66,7	91,7%
		SR	0,5	-1,2	
	Störungen mit körperlichen Faktoren (F5)	N	1	1	2
		%	0,9	4,8	1,5
		SR	-0,5	1,2	
	Umschriebene Entwicklungs- störungen (F8)	N	3	6	9
		%	2,7	28,6	6,8
		SR	-1,7	3,8	
Gesamt		N	112	21	133
		%	100,0	100,0	100,0

3 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 0,32.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 16,028. p<0,0005

Tab. 10.47 Testung der Diagnosenverteilung über die Stichproben ohne Berücksichtigung von Diagnosegruppe F4, Teilstichprobe " weibliche Patienten unter 10 J."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Versichertenstichprobe DO	
DIAGNOSE	Verhaltens- und Emotional- störungen (F9)	N	115	18	133
		%	96,6	31,0	75,1
		SR	2,7	-3,9	
	Störungen mit körperlichen Faktoren (F5)	N	2	24	26
		%	1,7	41,4	14,7
		SR	-3,7	5,3	
	Umschriebene Entwicklungs- störungen (F8)	N	2	16	18
		%	1,7	27,6	10,2
		SR	-2,9	4,2	
Gesamt		N	119	58	177
		%	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 89,904; df=2; p<0,0005

Tab. 10.48 Testung der Diagnosenverteilung über die Stichproben ohne Berücksichtigung von Diagnosegruppe F4, Teilstichprobe " weibliche Patienten ab 10 J."

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Versichertenstichprobe DO	
DIAGNOSE	Verhaltens- und Emotional- störungen (F9)	N	47	5	52
		%	88,7	55,6	83,9
		SR	0,4	-0,9	
	Störungen mit körperlichen Faktoren (F5)	N	6	3	9
		%	11,3	33,3	14,5
		SR	-0,6	1,5	
	Umschriebene Entwicklungs- störungen (F8)	N	0	1	1
		%	0,0	11,1	1,6
		SR	-0,9	2,2	
Gesamt		N	53	9	62
		%	100,0	100,0	100,0

3 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 0,15.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 7,540. $p < 0,0005$

SR: Standardisierte Residuen

Nordhessische Versorgungsstudie

Diagnosenverteilung

Tab. 10.49 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe „männliche Patienten“

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Nordhessische Versorgungsstudie	
DIAGNOSE	Neurotische u. Emotionalstörungen	N	117	338	455
		%	27,5	32,9	31,3
		SR	-1,4	0,9	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	47	161	208
		%	11,0	15,7	14,3
		SR	-1,8	1,2	
	Hyperkinetische Störungen	N	190	61	251
		%	44,6	5,9	17,3
		SR	13,6	-8,7	
	Anpassungs- und Belastungs- störungen	N	23	55	78
		%	5,4	5,4	5,4
		SR	0,0	0,0	
	Psych. Störungen nach Hirnschädigung	N	0	31	31
		%	0,0	3,0	2,1
		SR	-3,0	1,9	
	Psychotische Störungen	N	7	55	62
		%	1,6	5,4	4,3
		SR	-2,6	1,7	
	andere spezifische Störungen	N	42	326	368
		%	9,9	31,7	25,3
		SR	-6,3	4,1	
Gesamt		N	426	1027	1453
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Chi-Quadrat nach Pearson 347,438; df=6; p<0,0005 (MC-Approximation)					

Tab. 10.50 Testung der Diagnosenverteilung über die Studien, Teilstichprobe „weibliche Patienten“

			STUDIE		Gesamt
			Analysestichprobe KJP-QP	Nordhessische Versorgungsstudie	
DIAGNOSE	Neurotische u. Emotionalstörungen	N	110	264	374
		%	43,7	39,0	40,3
		SR	0,8	-0,5	
	Störungen des Sozialverhaltens	N	12	60	72
		%	4,8	8,9	7,8
		SR	-1,7	1,0	
	Hyperkinetische Störungen	N	73	32	105
		%	29,0	4,7	11,3
		SR	8,3	-5,1	
	Anpassungs- und Belastungs- störungen	N	21	60	81
		%	8,3	8,9	8,7
		SR	-,2	,1	
	Psych. Störungen nach Hirnschädigung	N	0	24	24
		%	0,0	3,5	2,6
		SR	-2,6	1,6	
	Psychotische Störungen	N	6	30	36
		%	2,4	4,4	3,9
		SR	-1,2	0,7	
	andere spezifische Störungen	N	30	207	237
		%	11,9	30,6	25,5
		SR	-4,3	2,6	
Gesamt		N	252	677	929
		%	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Chi-Quadrat nach Pearson 136,535; df=6; p<0,0005 (MC-Approximation)					

zu Kapitel 6.2:

Tab. 10.51: Post-hoc Analyse, Scheffé-Prozedur. Abhängige Variable: Alter des Kindes

(I) T1 - Name der Praxis	(J) T1 - Name der Praxis	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
1	2	,52	,504	,998	-1,47	2,51
	3	-,35	,487	1,000	-2,28	1,57
	4	,69	,466	,974	-1,15	2,53
	5	,16	,460	1,000	-1,66	1,97
	6	-,05	,514	1,000	-2,08	1,98
	7	1,67	,480	,146	-,22	3,57
	8	,67	,603	,996	-1,72	3,05
	9	,14	,562	1,000	-2,08	2,36
2	1	-,52	,504	,998	-2,51	1,47
	3	-,87	,510	,938	-2,89	1,14
	4	,17	,490	1,000	-1,76	2,11
	5	-,36	,484	1,000	-2,27	1,55
	6	-,57	,536	,997	-2,69	1,55
	7	1,15	,503	,729	-,83	3,14
	8	,15	,622	1,000	-2,31	2,60
	9	-,38	,582	1,000	-2,68	1,92
3	1	,35	,487	1,000	-1,57	2,28
	2	,87	,510	,938	-1,14	2,89
	4	1,05	,471	,766	-,82	2,91
	5	,51	,465	,997	-1,33	2,35
	6	,30	,519	1,000	-1,75	2,35
	7	2,03(*)	,485	,027	,11	3,94
	8	1,02	,607	,945	-1,38	3,42
	9	,49	,567	,999	-1,75	2,73
4	1	-,69	,466	,974	-2,53	1,15
	2	-,17	,490	1,000	-2,11	1,76
	3	-1,05	,471	,766	-2,91	,82
	5	-,53	,443	,993	-2,29	1,22
	6	-,74	,500	,973	-2,72	1,23
	7	,98	,464	,812	-,85	2,82
	8	-,03	,591	1,000	-2,36	2,31
	9	-,55	,549	,998	-2,72	1,62
5	1	-,16	,460	1,000	-1,97	1,66
	2	,36	,484	1,000	-1,55	2,27
	3	-,51	,465	,997	-2,35	1,33
	4	,53	,443	,993	-1,22	2,29
	6	-,21	,494	1,000	-2,16	1,74
	7	1,51	,458	,208	-,30	3,33
	8	,51	,586	,999	-1,81	2,82
	9	-,02	,544	1,000	-2,17	2,13

Tab. 10.51 - Fortsetzung: Post-hoc Analyse, Scheffé-Prozedur. Abhängige Variable: Alter des Kindes

6	1	,05	,514	1,000	-1,98	2,08
	2	,57	,536	,997	-1,55	2,69
	3	-,30	,519	1,000	-2,35	1,75
	4	,74	,500	,973	-1,23	2,72
	5	,21	,494	1,000	-1,74	2,16
	7	1,73	,513	,186	-,30	3,75
	8	,72	,630	,995	-1,77	3,21
	9	,19	,591	1,000	-2,14	2,53
7	1	-1,67	,480	,146	-3,57	,22
	2	-1,15	,503	,729	-3,14	,83
	3	-2,03(*)	,485	,027	-3,94	-,11
	4	-,98	,464	,812	-2,82	,85
	5	-1,51	,458	,208	-3,33	,30
	6	-1,73	,513	,186	-3,75	,30
	8	-1,01	,602	,946	-3,39	1,37
	9	-1,53	,561	,488	-3,75	,68
8	1	-,67	,603	,996	-3,05	1,72
	2	-,15	,622	1,000	-2,60	2,31
	3	-1,02	,607	,945	-3,42	1,38
	4	,03	,591	1,000	-2,31	2,36
	5	-,51	,586	,999	-2,82	1,81
	6	-,72	,630	,995	-3,21	1,77
	7	1,01	,602	,946	-1,37	3,39
	9	-,53	,669	1,000	-3,17	2,12
9	1	-,14	,562	1,000	-2,36	2,08
	2	,38	,582	1,000	-1,92	2,68
	3	-,49	,567	,999	-2,73	1,75
	4	,55	,549	,998	-1,62	2,72
	5	,02	,544	1,000	-2,13	2,17
	6	-,19	,591	1,000	-2,53	2,14
	7	1,53	,561	,488	-,68	3,75
	8	,53	,669	1,000	-2,12	3,17

* die mittlere Differenz ist auf der Stufe 0,05 signifikant

MAS-Achse I**Tab. 10.52 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse I, Hauptdiagnose, Teilstichprobe männliche Patienten**

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
DIAG- NOSE MAS- Achse I	Anpassungs- störungen	N	10	1	8	3	9	2	6	2	11	52
		%	19,6	2,3	13,8	4,1	17,6	4,3	9,8	6,9	29,7	11,5
		SR	1,7	-1,8	0,5	-1,9	1,3	-1,4	-0,4	-0,7	3,3	
	Einf. Aktivitäts- &Aufmerk- samkeitsstörung	N	14	20	2	20	6	33	13	11	15	134
		%	27,5	45,5	3,4	27,0	11,8	71,7	21,3	37,9	40,5	29,7
		SR	-0,3	1,9	-3,7	-0,4	-2,4	5,2	-1,2	0,8	1,2	
	Hyperkin.Störung des Sozial- verhaltens	N	1	4	4	33	6	0	3	1	4	56
		%	2,0	9,1	6,9	44,6	11,8	0,0	4,9	3,4	10,8	12,4
		SR	-2,1	-0,6	-1,2	7,9	-0,1	-2,4	-1,7	-1,4	-0,3	
	Störung des Sozialverhaltens	N	10	1	11	9	7	0	8	3	0	49
		%	19,6	2,3	19,0	12,2	13,7	0,0	13,1	10,3	0,0	10,9
		SR	1,9	-1,7	1,9	0,3	0,6	-2,2	0,5	-0,1	-2,0	
	Emotional- störung	N	5	3	23	3	16	0	12	5	4	71
		%	9,8	6,8	39,7	4,1	31,4	0,0	19,7	17,2	10,8	15,7
		SR	-1,1	-1,5	4,6	-2,5	2,8	-2,7	0,8	0,2	-0,8	
	Restkategorie	N	11	15	10	1	7	10	6	5	3	68
		%	21,6	34,1	17,2	1,4	13,7	21,7	9,8	17,2	8,1	15,1
		SR	1,2	3,2	0,4	-3,0	-0,2	1,2	-1,1	0,3	-1,1	
	keine Diagnose	N	0	0	0	5	0	1	13	2	0	21
		%	0,0	0,0	0,0	6,8	0,0	2,2	21,3	6,9	0,0	4,7
		SR	-1,5	-1,4	-1,6	0,8	-1,5	-0,8	6,0	0,6	-1,3	
Gesamt		N	51	44	58	74	51	46	61	29	37	451
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
19 Zellen (30,2%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,35. Prüfgröße exakter Test nach Fisher 260,643; p<0,0005 (MC-Approximation)												

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.53 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse I, Hauptdiagnose, Teilstichprobe weibliche Patienten

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
DIAG- NOSE MAS- Achse I	Anpassungs- störungen	N	4	6	10	3	9	6	4	4	5	51
		%	10,3	19,4	35,7	10,3	15,5	25,0	13,3	30,8	33,3	19,1
		SR	-1,3	0,0	2,0	-1,1	-0,6	0,7	-0,7	1,0	1,3	
	Einf. Aktivitäts- &Aufmerk- samkeitsstörung	N	5	11	0	9	10	13	6	2	4	60
		%	12,8	35,5	0,0	31,0	17,2	54,2	20,0	15,4	26,7	22,5
		SR	-1,3	1,5	-2,5	1,0	-0,8	3,3	-0,3	-0,5	0,3	
	Hyperkin.Störung des Sozial- verhaltens	N	0	1	0	7	4	1	0	0	0	13
		%	0,0	3,2	0,0	24,1	6,9	4,2	0,0	0,0	0,0	4,9
		SR	-1,4	-0,4	-1,2	4,7	0,7	-0,2	-1,2	-0,8	-0,9	
	Störung des Sozialverhaltens	N	4	0	0	3	1	0	3	0	1	12
		%	10,3	0,0	0,0	10,3	1,7	0,0	10,0	0,0	6,7	4,5
		SR	1,7	-1,2	-1,1	1,5	-1,0	-1,0	1,4	-0,8	0,4	
	Emotional- störung	N	2	1	7	4	21	2	4	3	2	46
		%	5,1	3,2	25,0	13,8	36,2	8,3	13,3	23,1	13,3	17,2
		SR	-1,8	-1,9	1,0	-0,4	3,5	-1,0	-0,5	0,5	-0,4	
	Restkategorie	N	24	12	10	2	13	1	5	4	1	72
		%	61,5	38,7	35,7	6,9	22,4	4,2	16,7	30,8	6,7	27,0
		SR	4,2	1,3	0,9	-2,1	-0,7	-2,2	-1,1	0,3	-1,5	
	keine Diagnose	N	0	0	1	1	0	1	8	0	2	13
		%	0,0	0,0	3,6	3,4	0,0	4,2	26,7	0,0	13,3	4,9
		SR	-1,4	-1,2	-0,3	-0,3	-1,7	-0,2	5,4	-0,8	1,5	
Gesamt		N	39	31	28	29	58	24	30	13	15	267
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
39 Zellen (61,9%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 0,58. Prüfgröße exakter Test nach Fisher 133,134; p<0,0005 (MC-Approximation)												

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.54 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse I, Hauptdiagnose, Teilstichprobe Patienten <10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
DIAG- NOSE MAS- Achse I	Anpassungs- störungen	N	8	4	9	3	11	5	8	3	6	57
		%	15,1	7,7	17,3	4,3	18,0	12,5	10,5	12,0	19,4	12,4
		SR	0,6	-1,0	1,0	-1,9	1,3	0,0	-0,5	-0,1	1,1	
	Einf. Aktivitäts- &Aufmerk- samkeitsstörung	N	16	25	2	23	13	29	19	9	10	146
		%	30,2	48,1	3,8	32,9	21,3	72,5	25,0	36,0	32,3	31,7
		SR	-0,2	2,1	-3,6	0,2	-1,4	4,6	-1,0	0,4	0,1	
	Hyperkin.Störung des Sozial- verhaltens	N	1	4	3	26	5	0	2	1	3	45
		%	1,9	7,7	5,8	37,1	8,2	0,0	2,6	4,0	9,7	9,8
		SR	-1,8	-0,5	-0,9	7,3	-0,4	-2,0	-2,0	-0,9	0,0	
	Störung des Sozialverhaltens	N	10	0	8	8	5	0	9	2	1	43
		%	18,9	0,0	15,4	11,4	8,2	0,0	11,8	8,0	3,2	9,3
		SR	2,3	-2,2	1,4	0,6	-0,3	-1,9	0,7	-0,2	-1,1	
	Emotional- störung	N	4	1	19	5	18	2	15	3	5	72
		%	7,5	1,9	36,5	7,1	29,5	5,0	19,7	12,0	16,1	15,7
		SR	-1,5	-2,5	3,8	-1,8	2,7	-1,7	0,9	-0,5	0,1	
	Restkategorie	N	14	18	11	2	9	4	7	6	4	75
		%	26,4	34,6	21,2	2,9	14,8	10,0	9,2	24,0	12,9	16,3
		SR	1,8	3,3	0,9	-2,8	-0,3	-1,0	-1,5	1,0	-0,5	
	keine Diagnose	N	0	0	0	3	0	0	16	1	2	22
		%	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	21,1	4,0	6,5	4,8
		SR	-1,6	-1,6	-1,6	-0,2	-1,7	-1,4	6,5	-0,2	0,4	
Gesamt		N	53	52	52	70	61	40	76	25	31	460
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
24 Zellen (38,1%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale Erwartete Häufigkeit ist 1,2. Prüfgröße exakter Test nach Fisher 216,084; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)												

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.55 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse I, Hauptdiagnose, Teilstichprobe Patienten ≥ 10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
DIAG- NOSE MAS- Achse I	Anpassungs- störungen	N	6	3	9	3	7	3	2	3	10	46
		%	16,2	13,0	26,5	9,1	14,6	10,0	13,3	17,6	47,6	17,8
		SR	-0,2	-0,5	1,2	-1,2	-0,5	-1,0	-0,4	0,0	3,2	
	Einf. Aktivitäts- &Aufmerk- samkeitsstörung	N	3	6	0	6	3	17	0	4	9	48
		%	8,1	26,1	0,0	18,2	6,3	56,7	0,0	23,5	42,9	18,6
		SR	-1,5	0,8	-2,5	-0,1	-2,0	4,8	-1,7	0,5	2,6	
	Hyperkin.Störung des Sozial- verhaltens	N	0	1	1	14	5	1	1	0	1	24
		%	0,0	4,3	2,9	42,4	10,4	3,3	6,7	0,0	4,8	9,3
		SR	-1,9	-0,8	-1,2	6,2	0,3	-1,1	-0,3	-1,3	-0,7	
	Störung des Sozialverhaltens	N	4	1	3	4	3	0	2	1	0	18
		%	10,8	4,3	8,8	12,1	6,3	0,0	13,3	5,9	0,0	7,0
		SR	0,9	-0,5	0,4	1,1	-0,2	-1,4	0,9	-0,2	-1,2	
	Emotional- störung	N	3	3	11	2	19	0	1	5	1	45
		%	8,1	13,0	32,4	6,1	39,6	0,0	6,7	29,4	4,8	17,4
		SR	-1,4	-0,5	2,1	-1,6	3,7	-2,3	-1,0	1,2	-1,4	
	Restkategorie	N	21	9	9	1	11	7	4	3	0	65
		%	56,8	39,1	26,5	3,0	22,9	23,3	26,7	17,6	0,0	25,2
		SR	3,8	1,3	0,1	-2,5	-0,3	-0,2	0,1	-0,6	-2,3	
	keine Diagnose	N	0	0	1	3	0	2	5	1	0	12
		%	0,0	0,0	2,9	9,1	0,0	6,7	33,3	5,9	0,0	4,7
		SR	-1,3	-1,0	-0,5	1,2	-1,5	0,5	5,2	0,2	-1,0	
Gesamt		N	37	23	34	33	48	30	15	17	21	258
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
41 Zellen (65,1%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 0,7. Prüfgröße exakter Test nach Fisher 166,984; p<0,0005 (MC-Approximation)												

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.56 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse I, Hauptdiagnose, Teilstichprobe männl. Pat. <10 Jahr

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
DIAG- NOSE MAS- Achse I	Anpassungs- störungen	N	7	0	4	2	5	2	4	1	3	28
		%	19,4	0,0	10,5	4,3	16,7	7,4	8,2	5,6	15,8	9,5
		SR	1,9	-1,7	0,2	-1,2	1,3	-0,4	-0,3	-0,5	0,9	
	Einf. Aktivitäts- &Aufmerk- samkeitsstörung	N	11	16	2	15	3	21	13	8	7	96
		%	30,6	51,6	5,3	31,9	10,0	77,8	26,5	44,4	36,8	32,5
		SR	-0,2	1,9	-2,9	-0,1	-2,2	4,1	-0,7	0,9	0,3	
	Hyperkin.Störung des Sozial- verhaltens	N	1	3	3	19	4	0	2	1	3	36
		%	2,8	9,7	7,9	40,4	13,3	0,0	4,1	5,6	15,8	12,2
		SR	-1,6	-0,4	-0,8	5,5	0,2	-1,8	-1,6	-0,8	0,4	
	Störung des Sozialverhaltens	N	7	0	8	7	4	0	6	2	0	34
		%	19,4	0,0	21,1	14,9	13,3	0,0	12,2	11,1	0,0	11,5
		SR	1,4	-1,9	1,7	0,7	0,3	-1,8	0,1	-0,1	-1,5	
	Emotional- störung	N	4	1	13	2	11	0	11	2	3	47
		%	11,1	3,2	34,2	4,3	36,7	0,0	22,4	11,1	15,8	15,9
		SR	-0,7	-1,8	2,8	-2,0	2,8	-2,1	1,1	-0,5	0,0	
	Restkategorie	N	6	11	8	0	3	4	5	3	3	43
		%	16,7	35,5	21,1	0,0	10,0	14,8	10,2	16,7	15,8	14,6
		SR	0,3	3,0	1,0	-2,6	-0,7	0,0	-0,8	0,2	0,1	
	keine Diagnose	N	0	0	0	2	0	0	8	1	0	11
		%	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	16,3	5,6	0,0	3,7
		SR	-1,2	-1,1	-1,2	0,2	-1,1	-1,0	4,6	0,4	-0,8	
Gesamt		N	36	31	38	47	30	27	49	18	19	295
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

42 Zellen (66,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 0,67.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 155,295; p<0,0005 (MC-Approximation)

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.57 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse I, Hauptdiagnose, Teilstichprobe männl. Pat. ≥ 10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
DIAG- NOSE MAS- Achse I	Anpassungs- störungen	N	3	1	4	1	4	0	2	1	8	24
		%	20,0	7,7	20,0	3,7	19,0	0,0	16,7	9,1	44,4	15,4
		SR	0,5	-0,7	0,5	-1,5	0,4	-1,7	0,1	-0,5	3,1	
	Einf. Aktivitäts- &Aufmerk- samkeitsstörung	N	3	4	0	5	3	12	0	3	8	38
		%	20,0	30,8	0,0	18,5	14,3	63,2	0,0	27,3	44,4	24,4
		SR	-0,3	0,5	-2,2	-0,6	-0,9	3,4	-1,7	0,2	1,7	
	Hyperkin.Störung des Sozial- verhaltens	N	0	1	1	14	2	0	1	0	1	20
		%	0,0	7,7	5,0	51,9	9,5	0,0	8,3	0,0	5,6	12,8
		SR	-1,4	-0,5	-1,0	5,7	-0,4	-1,6	-0,4	-1,2	-0,9	
	Störung des Sozialverhaltens	N	3	1	3	2	3	0	2	1	0	15
		%	20,0	7,7	15,0	7,4	14,3	0,0	16,7	9,1	0,0	9,6
		SR	1,3	-0,2	0,8	-0,4	0,7	-1,4	0,8	-0,1	-1,3	
	Emotional- störung	N	1	2	10	1	5	0	1	3	1	24
		%	6,7	15,4	50,0	3,7	23,8	0,0	8,3	27,3	5,6	15,4
		SR	-0,9	0,0	3,9	-1,5	1,0	-1,7	-0,6	1,0	-1,1	
	Restkategorie	N	5	4	2	1	4	6	1	2	0	25
		%	33,3	30,8	10,0	3,7	19,0	31,6	8,3	18,2	0,0	16,0
		SR	1,7	1,3	-0,7	-1,6	0,3	1,7	-0,7	0,2	-1,7	
	keine Diagnose	N	0	0	0	3	0	1	5	1	0	10
		%	0,0	0,0	0,0	11,1	0,0	5,3	41,7	9,1	0,0	6,4
		SR	-1,0	-0,9	-1,1	1,0	-1,2	-0,2	4,8	0,4	-1,1	
Gesamt		N	15	13	20	27	21	19	12	11	18	156
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
61 Zellen (%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 0,71. Prüfgröße exakter Test nach Fisher 118,124; p<0,0005 (MC-Approximation)												

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.58 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse I, Hauptdiagnose, Teilstichprobe weibl. Pat. <10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
DIAG- NOSE MAS- Achse I	Anpassungs- störungen	N	1	4	5	1	6	3	4	2	3	29
		%	5,9	19,0	35,7	4,3	19,4	23,1	14,8	28,6	25,0	17,6
		SR	-1,2	0,2	1,6	-1,5	0,2	0,5	-0,3	0,7	0,6	
	Einf. Aktivitäts- &Aufmerk- samkeitsstörung	N	5	9	0	8	10	8	6	1	3	50
		%	29,4	42,9	0,0	34,8	32,3	61,5	22,2	14,3	25,0	30,3
		SR	-0,1	1,0	-2,1	0,4	0,2	2,0	-0,8	-0,8	-0,3	
	Hyperkin.Störung des Sozial- verhaltens	N	0	1	0	7	1	0	0	0	0	9
		%	0,0	4,8	0,0	30,4	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	5,5
		SR	-1,0	-0,1	-0,9	5,1	-0,5	-0,8	-1,2	-0,6	-0,8	
	Störung des Sozialverhaltens	N	3	0	0	1	1	0	3	0	1	9
		%	17,6	0,0	0,0	4,3	3,2	0,0	11,1	0,0	8,3	5,5
		SR	2,2	-1,1	-0,9	-0,2	-0,5	-0,8	1,3	-0,6	0,4	
	Emotional- störung	N	0	0	6	3	7	2	4	1	2	25
		%	0,0	0,0	42,9	13,0	22,6	15,4	14,8	14,3	16,7	15,2
		SR	-1,6	-1,8	2,7	-0,3	1,1	0,0	0,0	-0,1	0,1	
	Restkategorie	N	8	7	3	2	6	0	2	3	1	32
		%	47,1	33,3	21,4	8,7	19,4	0,0	7,4	42,9	8,3	19,4
		SR	2,6	1,5	0,2	-1,2	0,0	-1,6	-1,4	1,4	-0,9	
	keine Diagnose	N	0	0	0	1	0	0	8	0	2	11
		%	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	29,6	0,0	16,7	6,7
		SR	-1,1	-1,2	-1,0	-0,4	-1,4	-0,9	4,6	-0,7	1,3	
Gesamt		N	17	21	14	23	31	13	27	7	12	165
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
55 Zellen (87,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 0,38. Prüfgröße exakter Test nach Fisher 87,979; p<0,0005 (MC-Approximation)												

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.59 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse I, Hauptdiagnose, Teilstichprobe weibl. Pat. ≥ 10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
DIAG- NOSE MAS- Achse I	Anpassungs- störungen	N	3	2	5	2	3	3	0	2	2	22
		%	13,6	20,0	35,7	33,3	11,1	27,3	0,0	33,3	66,7	21,6
		SR	-0,8	-0,1	1,1	0,6	-1,2	0,4	-0,8	0,6	1,7	
	Einf. Aktivitäts- &Aufmerk- samkeitsstörung	N	0	2	0	1	0	5	0	1	1	10
		%	0,0	20,0	0,0	16,7	0,0	45,5	0,0	16,7	33,3	9,8
		SR	-1,5	1,0	-1,2	0,5	-1,6	3,8	-0,5	0,5	1,3	
	Hyperkin.Störung des Sozial- verhaltens	N	0	0	0	0	3	1	0	0	0	4
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	9,1	0,0	0,0	0,0	3,9
		SR	-0,9	-0,6	-0,7	-0,5	1,9	0,9	-0,3	-0,5	-0,3	
	Störung des Sozialverhaltens	N	1	0	0	2	0	0	0	0	0	3
		%	4,5	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9%
		SR	0,4	-0,5	-0,6	4,3	-0,9	-0,6	-0,3	-0,4	-,3	
	Emotional- störung	N	2	1	1	1	14	0	0	2	0	21
		%	9,1	10,0	7,1	16,7	51,9	0,0	0,0	33,3	0,0	20,6
		SR	-1,2	-0,7	-1,1	-0,2	3,6	-1,5	-0,8	0,7	-0,8	
	Restkategorie	N	16	5	7	0	7	1	3	1	0	40
		%	72,7	50,0	50,0	0,0	25,9	9,1	100,0	16,7	0,0	39,2
		SR	2,5	0,5	0,6	-1,5	-1,1	-1,6	1,7	-0,9	-1,1	
	keine Diagnose	N	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
		%	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0	0,0	2,0
		SR	-0,7	-0,4	1,4	-0,3	-0,7	1,7	-0,2	-0,3	-0,2	
Gesamt		N	22	10	14	6	27	11	3	6	3	102
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
58 Zellen (92,1%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 0,06. Prüfgröße exakter Test nach Fisher 83,549; p<0,0005 (MC-Approximation)												

SR: Standardisierte Residuen

MAS-Achse II**Tab. 10.60 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse II, Teilstichprobe männliche Patienten**

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Dia- gnose MAS- Achse II	Auffällig- keit	N	27	13	30	30	39	17	44	13	31	244
		%	52,9	29,5	51,7	40,5	76,5	37,0	73,3	44,8	83,8	54,2
		SR	-0,1	-2,2	-0,3	-1,6	2,2	-1,6	2,0	-0,7	2,4	
	keine Auffällig- keit	N	24	31	28	44	12	29	16	16	6	206
		%	47,1	70,5	48,3	59,5	23,5	63,0	26,7	55,2	16,2	45,8
		SR	0,1	2,4	0,3	1,7	-2,3	1,7	-2,2	0,7	-2,7	
Gesamt		N	51	44	58	74	51	46	60	29	37	450
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 55,135 ; df=8; p< 0,0005 (MC-Approximation)

Tab. 10.61 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse II, Teilstichprobe weibliche Patienten

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Dia- gnose MAS- Achse II	Aufällig- keit	N	12	20	12	14	32	8	13	4	10	125
		%	30,8	64,5	42,9	48,3	55,2	33,3	43,3	30,8	66,7	46,8
		SR	-1,5	1,4	-0,3	0,1	0,9	-1,0	-0,3	-0,8	1,1	
	keine Aufällig- keit	N	27	11	16	15	26	16	17	9	5	142
		%	69,2	35,5	57,1	51,7	44,8	66,7	56,7	69,2	33,3	53,2
		SR	1,4	-1,4	0,3	-0,1	-0,9	0,9	0,3	0,8	-1,1	
Gesamt		N	39	31	28	29	58	24	30	13	15	267
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 15,378; df=8; p=0,54 (MC-Approximation)

Tab. 10.62 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse II, Teilstichprobe Patienten <10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Dia- gnose MAS- Achse II	Aufällig- keit	N	28	25	33	29	46	16	51	12	27	267
		%	52,8	48,1	63,5	41,4	75,4	40,0	68,0	48,0	87,1	58,2
		SR	-0,5	-1,0	0,5	-1,8	1,8	-1,5	1,1	-0,7	2,1	
	keine Aufällig- keit	N	25	27	19	41	15	24	24	13	4	192
		%	47,2	51,9	36,5	58,6	24,6	60,0	32,0	52,0	12,9	41,8
		SR	0,6	1,1	-0,6	2,2	-2,1	1,8	-1,3	0,8	-2,5	
Gesamt		N	53	52	52	70	61	40	75	25	31	459
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 39,039; df=8; p<0,0005 (MC-Approximation)

Tab. 10.63 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse II, Teilstichprobe Patienten ≥ 10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Dia- gnose MAS- Achse II	Auffällig- keit	N	11	8	9	15	25	9	6	5	14	102
		%	29,7	34,8	26,5	45,5	52,1	30,0	40,0	29,4	66,7	39,5
		SR	-0,9	-0,4	-1,2	0,5	1,4	-0,8	0,0	-0,7	2,0	
	keine Auffällig- keit	N	26	15	25	18	23	21	9	12	7	156
		%	70,3	65,2	73,5	54,5	47,9	70,0	60,0	70,6	33,3	60,5
		SR	0,8	0,3	1,0	-0,4	-1,1	0,7	0,0	0,5	-1,6	
Gesamt		N	37	23	34	33	48	30	15	17	21	258
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 16,116 ; df=8; p=0,037 (MC-Approximation)

Tab. 10.64 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse II, Teilstichprobe männl. Pat. < 10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Dia- gnose MAS- Achse II	Auffällig- keit	N	22	11	26	17	23	12	38	8	19	176
		%	61,1	35,5	68,4	36,2	76,7	44,4	79,2	44,4	100,0	59,9
		SR	0,1	-1,8	0,7	-2,1	1,2	-1,0	1,7	-0,8	2,3	
	keine Auffällig- keit	N	14	20	12	30	7	15	10	10	0	118
		%	38,9	64,5	31,6	63,8	23,3	55,6	20,8	55,6	0,0	40,1
		SR	-0,1	2,1	-0,8	2,6	-1,5	1,3	-2,1	1,0	-2,8	
Gesamt		N	36	31	38	47	30	27	48	18	19	294
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5
Chi-Quadrat nach Pearson 47,992; df=8; p<0,0005 (MC-Approximation)

Tab. 10.65 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse II, Teilstichprobe männl. Pat. ≥ 10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Dia- gnose MAS- Achse II	Auffällig- keit	N	5	2	4	13	16	5	6	5	12	68
		%	33,3	15,4	20,0	48,1	76,2	26,3	50,0	45,5	66,7	43,6
		SR	-0,6	-1,5	-1,6	0,4	2,3	-1,1	0,3	0,1	1,5	
	keine Auffällig- keit	N	10	11	16	14	5	14	6	6	6	88
		%	66,7	84,6	80,0	51,9	23,8	73,7	50,0	54,5	33,3	56,4
		SR	0,5	1,4	1,4	-0,3	-2,0	1,0	-0,3	-0,1	-1,3	
Gesamt		N	15	13	20	27	21	19	12	11	18	156
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Zelle (5,6%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,79.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 24,967; p=0,001 (MC-Approximation)

Tab. 10.66 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse II, Teilstichprobe weibl. Pat. <10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Dia- gnose MAS- Achse II	Auffällig- keit	N	6	14	7	12	23	4	13	4	8	91
		%	35,3	66,7	50,0	52,2	74,2	30,8	48,1	57,1	66,7	55,2
		SR	-1,1	0,7	-0,3	-0,2	1,4	-1,2	-0,5	0,1	0,5	
	keine Auffällig- keit	N	11	7	7	11	8	9	14	3	4	74
		%	64,7	33,3	50,0	47,8	25,8	69,2	51,9	42,9	33,3	44,8
		SR	1,2	-0,8	0,3	0,2	-1,6	1,3	0,5	-0,1	-0,6	
Gesamt		N	17	21	14	23	31	13	27	7	12	165
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Zellen (11,1%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,14.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 12,890; p=0,110 (MC-Approximation)

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.67 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse II, Teilstichprobe weibl. Pat. >=10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Dia- gnose MAS- Achse II	Auffällig- keit	N	6	6	5	2	9	4	0	0	2	34
		%	27,3	60,0	35,7	33,3	33,3	36,4	0,0	0,0	66,7	33,3
		SR	-0,5	1,5	0,2	0,0	0,0	0,2	-1,0	-1,4	1,0	
	keine Auffällig- keit	N	16	4	9	4	18	7	3	6	1	68
		%	72,7	40,0	64,3	66,7	66,7	63,6	100,0	100,0	33,3	66,7
		SR	0,3	-1,0	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,7	1,0	-0,7	
Gesamt		N	22	10	14	6	27	11	3	6	3	102
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

11 Zellen (61,1%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,00
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 9,062; p=0,315 (MC-Approximation)

SR: Standardisierte Residuen

MAS-Achse IV

Tab. 10.68 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse IV, Teilstichprobe männliche Patienten

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse IV	körperl. Diagnose	N	10	13	10	9	14	8	10	8	14	96
		%	19,6	29,5	17,2	12,2	27,5	17,4	16,7	27,6	37,8	21,3
		SR	-0,3	1,2	-0,7	-1,7	0,9	-0,6	-0,8	0,7	2,2	
	keine körperl. Diagnose	N	41	31	48	65	37	38	50	21	23	354
		%	80,4	70,5	82,8	87,8	72,5	82,6	83,3	72,4	62,2	78,7
		SR	0,1	-0,6	0,4	0,9	-0,5	0,3	0,4	-0,4	-1,1	
Gesamt		N	51	44	58	74	51	46	60	29	37	450
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 15,169 ; df=8; p=0,060 (Monte Carlo-Approximation)												

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.69 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse IV, Teilstichprobe weibliche Patienten

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse IV	körperl. Diagnose	N	13	5	4	8	17	2	4	2	6	61
		%	33,3	16,1	14,3	27,6	29,3	8,3	13,3	15,4	40,0	22,8
		SR	1,4	-0,8	-0,9	0,5	1,0	-1,5	-1,1	-0,6	1,4	
	keine körperl. Diagnose	N	26	26	24	21	41	22	26	11	9	206
		%	66,7	83,9	85,7	72,4	70,7	91,7	86,7	84,6	60,0	77,2
		SR	-0,7	0,4	0,5	-0,3	-0,6	0,8	0,6	0,3	-0,8	
Gesamt		N	39	31	28	29	58	24	30	13	15	267
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Zellen (11,1%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,97.
Prüfgröße Exakter Test nach Fisher 12,965; p=0,105 (Monte Carlo-Approximation)

Tab. 10.70 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse IV, Teilstichprobe Patienten <10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse IV	körperl. Diagnose	N	9	13	6	9	16	6	11	5	12	87
		%	17,0	25,0	11,5	12,9	26,2	15,0	14,7	20,0	38,7	19,0
		SR	-0,3	1,0	-1,2	-1,2	1,3	-0,6	-0,9	0,1	2,5	
	keine körperl. Diagnose	N	44	39	46	61	45	34	64	20	19	372
		%	83,0	75,0	88,5	87,1	73,8	85,0	85,3	80,0	61,3	81,0
		SR	0,2	-0,5	0,6	0,6	-0,6	0,3	0,4	-0,1	-1,2	
Gesamt		N	53	52	52	70	61	40	75	25	31	459
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Zellen (5,6%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,74.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 14,998; p=0,054 (Monte Carlo-Approximation)

Tab. 10.71 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse IV, Teilstichprobe Patienten >=10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse IV	körperl. Diagnose	N	14	5	8	8	15	4	3	5	8	70
		%	37,8	21,7	23,5	24,2	31,3	13,3	20,0	29,4	38,1	27,1
		SR	1,3	-0,5	-0,4	-0,3	0,5	-1,5	-0,5	0,2	1,0	
	keine körperl. Diagnose	N	23	18	26	25	33	26	12	12	13	188
		%	62,2	78,3	76,5	75,8	68,8	86,7	80,0	70,6	61,9	72,9
		SR	-0,8	0,3	0,2	0,2	-0,3	0,9	0,3	-0,1	-0,6	
Gesamt		N	37	23	34	33	48	30	15	17	21	258
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Zellen (11,1%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,07.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 7,794; p=0,445 (Monte Carlo-Approximation)

Tab. 10.72 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse IV, Teilstichprobe männl. Pat. <10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse IV	körperl. Diagnose	N	5	11	5	3	8	5	9	3	6	55
		%	13,9	35,5	13,2	6,4	26,7	18,5	18,8	16,7	31,6	18,7
		SR	-0,7	2,2	-0,8	-2,0	1,0	0,0	0,0	-0,2	1,3	
	keine körperl. Diagnose	N	31	20	33	44	22	22	39	15	13	239
		%	86,1	64,5	86,8	93,6	73,3	81,5	81,3	83,3	68,4	81,3
		SR	0,3	-1,0	0,4	0,9	-0,5	0,0	0,0	0,1	-0,6	
Gesamt		N	36	31	38	47	30	27	48	18	19	294
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Zellen (11,1%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,37.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 14,989; p=0,053 (Monte Carlo-Approximation)

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.73 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse IV, Teilstichprobe männl. Pat. ≥10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse IV	körperl. Diagnose	N	5	2	5	6	6	3	1	5	8	41
		%	33,3	15,4	25,0	22,2	28,6	15,8	8,3	45,5	44,4	26,3
		SR	0,5	-0,8	-0,1	-0,4	0,2	-0,9	-1,2	1,2	1,5	
	keine körperl. Diagnose	N	10	11	15	21	15	16	11	6	10	115
		%	66,7	84,6	75,0	77,8	71,4	84,2	91,7	54,5	55,6	73,7
		SR	-0,3	0,5	0,1	0,2	-0,1	0,5	0,7	-0,7	-0,9	
Gesamt		N	15	13	20	27	21	19	12	11	18	156
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

6 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,89.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 9,215; p=0,318 (Monte Carlo-Approximation)

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.74 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse IV, Teilstichprobe weibl. Pat. <10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse IV	körperl. Diagnose	N	4	2	1	6	8	1	2	2	6	32
		%	23,5	9,5	7,1	26,1	25,8	7,7	7,4	28,6	50,0	19,4
		SR	0,4	-1,0	-1,0	0,7	0,8	-1,0	-1,4	0,6	2,4	
	keine körperl. Diagnose	N	13	19	13	17	23	12	25	5	6	133
		%	76,5	90,5	92,9	73,9	74,2	92,3	92,6	71,4	50,0	80,6
		SR	-0,2	0,5	0,5	-0,4	-0,4	0,5	0,7	-0,3	-1,2	
Gesamt		N	17	21	14	23	31	13	27	7	12	165
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7 Zellen (38,9%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,36.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 14,173; p=0,057 (Monte Carlo-Approximation)

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.75 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse IV, Teilstichprobe weibl. Pat. ≥ 10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse IV	körperl. Diagnose	N	9	3	3	2	9	1	2	0	0	29
		%	40,9	30,0	21,4	33,3	33,3	9,1	66,7	0,0	0,0	28,4
		SR	1,1	0,1	-0,5	0,2	0,5	-1,2	1,2	-1,3	-0,9	
	keine körperl. Diagnose	N	13	7	11	4	18	10	1	6	3	73
		%	59,1	70,0	78,6	66,7	66,7	90,9	33,3	100,0	100,0	71,6
		SR	-0,7	-0,1	0,3	-0,1	-0,3	0,8	-0,8	0,8	0,6	
Gesamt		N	22	10	14	6	27	11	3	6	3	102
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

11 Zellen (61,1%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 0,85.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 9,326; p=0,280 (Monte Carlo-Approximation)

MAS-Achse V

Tab. 10.76 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse V, Teilstichprobe männliche Patienten

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse V	auffällig	N	33	16	33	23	49	23	21	17	16	231
		%	64,7	36,4	56,9	31,1	96,1	50,0	35,0	58,6	43,2	51,3
		SR	1,3	-1,4	0,6	-2,4	4,5	-0,1	-1,8	0,5	-0,7	
	un- auffällig	N	18	28	25	51	2	23	39	12	21	219
		%	35,3	63,6	43,1	68,9	3,9	50,0	65,0	41,4	56,8	48,7
		SR	-1,4	1,4	-0,6	2,5	-4,6	0,1	1,8	-0,6	0,7	
Gesamt		N	51	44	58	74	51	46	60	29	37	450
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 69,363; df=8; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)												

Tab. 10.77 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse V, Teilstichprobe weibliche Patienten

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse V	auffällig	N	16	15	19	13	55	15	11	10	7	161
		%	41,0	48,4	67,9	44,8	94,8	62,5	36,7	76,9	46,7	60,3
		SR	-1,6	-0,9	0,5	-1,1	3,4	0,1	-1,7	0,8	-0,7	
	un- auffällig	N	23	16	9	16	3	9	19	3	8	106
		%	59,0	51,6	32,1	55,2	5,2	37,5	63,3	23,1	53,3	39,7
		SR	1,9	1,1	-0,6	1,3	-4,2	-0,2	2,1	-1,0	0,8	
Gesamt		N	39	31	28	29	58	24	30	13	15	267
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 50,055; df=8; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)												

Tab. 10.78 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse V, Teilstichprobe Patienten <10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse V	auffällig	N	28	19	30	23	58	18	25	16	14	231
		%	52,8	36,5	57,7	32,9	95,1	45,0	33,3	64,0	45,2	50,3
		SR	0,3	-1,4	0,7	-2,1	4,9	-0,5	-2,1	1,0	-0,4	
	un- auffällig	N	25	33	22	47	3	22	50	9	17	228
		%	47,2	63,5	42,3	67,1	4,9	55,0	66,7	36,0	54,8	49,7
		SR	-0,3	1,4	-0,8	2,1	-5,0	0,5	2,1	-1,0	0,4	
Gesamt		N	53	52	52	70	61	40	75	25	31	459
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 73,956; df=8; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)												

Tab. 10.79 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse V, Teilstichprobe Patienten >=10

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse V	auffällig	N	21	12	22	13	46	20	7	11	9	161
		%	56,8	52,2	64,7	39,4	95,8	66,7	46,7	64,7	42,9	62,4
		SR	-0,4	-0,6	0,2	-1,7	2,9	0,3	-0,8	0,1	-1,1	
	un- auffällig	N	16	11	12	20	2	10	8	6	12	97
		%	43,2	47,8	35,3	60,6	4,2	33,3	53,3	35,3	57,1	37,6
		SR	0,6	0,8	-0,2	2,2	-3,8	-0,4	1,0	-0,2	1,5	
Gesamt		N	37	23	34	33	48	30	15	17	21	258
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 37,190; df=8; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)												

Tab. 10.80 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse V, Teilstichprobe männl. Pat. <10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse V	auffällig	N	20	9	19	13	29	11	16	11	8	136
		%	55,6	29,0	50,0	27,7	96,7	40,7	33,3	61,1	42,1	46,3
		SR	0,8	-1,4	0,3	-1,9	4,1	-0,4	-1,3	0,9	-0,3	
	un- auffällig	N	16	22	19	34	1	16	32	7	11	158
		%	44,4	71,0	50,0	72,3	3,3	59,3	66,7	38,9	57,9	53,7
		SR	-0,8	1,3	-0,3	1,7	-3,8	0,4	1,2	-0,9	0,2	
Gesamt		N	36	31	38	47	30	27	48	18	19	294
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 47,655; df=8; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)												

Tab. 10.81 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse V, Teilstichprobe männl. Pat. ≥ 10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse V	auffällig	N	13	7	14	10	20	12	5	6	8	95
		%	86,7	53,8	70,0	37,0	95,2	63,2	41,7	54,5	44,4	60,9
		SR	1,3	-0,3	0,5	-1,6	2,0	0,1	-0,9	-0,3	-0,9	
	un- auffällig	N	2	6	6	17	1	7	7	5	10	61
		%	13,3	46,2	30,0	63,0	4,8	36,8	58,3	45,5	55,6	39,1
		SR	-1,6	0,4	-0,7	2,0	-2,5	-0,2	1,1	0,3	1,1	
Gesamt		N	15	13	20	27	21	19	12	11	18	156
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Zellen (11,1%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,30.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 27,868; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.82 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse V, Teilstichprobe weibl. Pat. < 10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse V	auffällig	N	8	10	11	10	29	7	9	5	6	95
		%	47,1	47,6	78,6	43,5	93,5	53,8	33,3	71,4	50,0	57,6
		SR	-0,6	-0,6	1,0	-0,9	2,6	-0,2	-1,7	0,5	-0,3	
	un- auffällig	N	9	11	3	13	2	6	18	2	6	70
		%	52,9	52,4	21,4	56,5	6,5	46,2	66,7	28,6	50,0	42,4
		SR	0,7	0,7	-1,2	1,0	-3,1	0,2	1,9	-0,6	0,4	
Gesamt		N	17	21	14	23	31	13	27	7	12	165
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2 Zellen (11,1%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,97.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher: 32,615; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.83 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse V, Teilstichprobe weibl. Pat. ≥ 10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MAS- Achse V	auffällig	N	8	5	8	3	26	8	2	5	1	66
		%	36,4	50,0	57,1	50,0	96,3	72,7	66,7	83,3	33,3	64,7
		SR	-1,7	-0,6	-0,4	-0,4	2,0	0,3	0,0	0,6	-0,7	
	un- auffällig	N	14	5	6	3	1	3	1	1	2	36
		%	63,6	50,0	42,9	50,0	3,7	27,3	33,3	16,7	66,7	35,3
		SR	2,2	0,8	0,5	0,6	-2,8	-0,4	-0,1	-0,8	0,9	
Gesamt		N	22	10	14	6	27	11	3	6	3	102
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

11 Zellen (61,1%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,06.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 26,487; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)

SR: Standardisierte Residuen

MAS-Achse VI**Tab. 10.84 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse VI, Teilstichprobe männliche Patienten**

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MASVI	keine Belastung	N	9	9	8	52	1	3	16	13	0	111
		%	18,4	20,9	13,8	70,3	2,0	6,5	28,1	46,4	0,0	25,1
		SR	-0,9	-0,5	-1,7	7,8	-3,3	-2,5	0,5	2,3	-3,0	
	mäßige Belastung	N	33	19	33	21	23	24	29	11	31	224
		%	67,3	44,2	56,9	28,4	45,1	52,2	50,9	39,3	83,8	50,6
		SR	1,7	-0,6	0,7	-2,7	-0,5	0,2	0,0	-0,8	2,8	
	schwere Belastung	N	7	15	17	1	27	19	12	4	6	108
		%	14,3	34,9	29,3	1,4	52,9	41,3	21,1	14,3	16,2	24,4
		SR	-1,4	1,4	0,8	-4,0	4,1	2,3	-0,5	-1,1	-1,0	
Gesamt		N	49	43	58	74	51	46	57	28	37	443
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 161,648; df=16; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)												

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.85 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse VI, Teilstichprobe weibliche Patienten

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MASVI	keine Belastung	N	13	6	4	18	0	6	14	9	4	74
		%	33,3	20,0	14,3	62,1	0,0	25,0	46,7	81,8	26,7	28,0
		SR	0,6	-0,8	-1,4	3,5	-4,0	-0,3	1,9	3,4	-0,1	
	mäßige Belastung	N	23	17	14	10	31	7	11	1	8	122
		%	59,0	56,7	50,0	34,5	53,4	29,2	36,7	9,1	53,3	46,2
		SR	1,2	0,8	0,3	-0,9	0,8	-1,2	-0,8	-1,8	0,4	
	schwere Belastung	N	3	7	10	1	27	11	5	1	3	68
		%	7,7	23,3	35,7	3,4	46,6	45,8	16,7	9,1	20,0	25,8
		SR	-2,2	-0,3	1,0	-2,4	3,1	1,9	-1,0	-1,1	-0,4	
Gesamt		N	39	30	28	29	58	24	30	11	15	264
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4 Zellen (14,8%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,83.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 89,380; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)

SR: Standardisierte Residuen

Tab. 10.86 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse VI, Teilstichprobe Patienten <10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MASVI	keine Belastung	N	14	9	7	49	0	5	26	13	3	126
		%	26,9	18,0	13,5	70,0	0,0	12,5	36,1	54,2	9,7	27,9
		SR	-0,1	-1,3	-2,0	6,7	-4,1	-1,8	1,3	2,4	-1,9	
	mäßige Belastung	N	31	28	35	19	32	20	34	7	22	228
		%	59,6	56,0	67,3	27,1	52,5	50,0	47,2	29,2	71,0	50,4
		SR	0,9	0,6	1,7	-2,7	0,2	0,0	-0,4	-1,5	1,6	
	schwere Belastung	N	7	13	10	2	29	15	12	4	6	98
		%	13,5	26,0	19,2	2,9	47,5	37,5	16,7	16,7	19,4	21,7
		SR	-1,3	0,7	-0,4	-3,4	4,3	2,1	-0,9	-0,5	-0,3	
Gesamt		N	52	50	52	70	61	40	72	24	31	452
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 Chi-Quadrat nach Pearson 136,820; df=16; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)												

Tab. 10.87 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse VI, Teilstichprobe Patienten >=10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MASVI	keine Belastung	N	8	6	5	21	1	4	4	9	1	59
		%	22,2	26,1	14,7	63,6	2,1	13,3	26,7	60,0	4,8	23,1
		SR	-0,1	0,3	-1,0	4,8	-3,0	-1,1	0,3	3,0	-1,8	
	mäßige Belastung	N	25	8	12	12	22	11	6	5	17	118
		%	69,4	34,8	35,3	36,4	45,8	36,7	40,0	33,3	81,0	46,3
		SR	2,0	-0,8	-0,9	-0,8	0,0	-0,8	-0,4	-0,7	2,3	
	schwere Belastung	N	3	9	17	0	25	15	5	1	3	78
		%	8,3	39,1	50,0	0,0	52,1	50,0	33,3	6,7	14,3	30,6
		SR	-2,4	0,7	2,0	-3,2	2,7	1,9	0,2	-1,7	-1,4	
Gesamt		N	36	23	34	33	48	30	15	15	21	255
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5 Zellen (18,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,47.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 96,191; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)

Tab. 10.88 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse VI, Teilstichprobe männl. Pat. <10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MASVI	keine Belastung	N	7	5	5	35	0	2	12	9	0	75
		%	20,0	16,7	13,2	74,5	0,0	7,4	26,7	50,0	0,0	26,0
		SR	-0,7	-1,0	-1,5	6,5	-2,8	-1,9	0,1	2,0	-2,2	
	mäßige Belastung	N	23	16	25	11	14	15	24	6	16	150
		%	65,7	53,3	65,8	23,4	46,7	55,6	53,3	33,3	84,2	51,9
		SR	1,1	0,1	1,2	-2,7	-0,4	0,3	0,1	-1,1	2,0	
	schwere Belastung	N	5	9	8	1	16	10	9	3	3	64
		%	14,3	30,0	21,1	2,1	53,3	37,0	20,0	16,7	15,8	22,1
		SR	-1,0	0,9	-0,1	-2,9	3,6	1,6	-0,3	-0,5	-0,6	
Gesamt		N	35	30	38	47	30	27	45	18	19	289
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
4 Zellen (14,8%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,99. Prüfgröße exakter Test nach Fisher 101,690; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)												

Tab. 10.89 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse VI, Teilstichprobe männl. Pat. ≥ 10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MASVI	keine Belastung	N	2	4	3	17	1	1	4	4	0	36
		%	14,3	30,8	15,0	63,0	4,8	5,3	33,3	40,0	0,0	23,4
		SR	-0,7	0,6	-0,8	4,3	-1,8	-1,6	0,7	1,1	-2,1	
	mäßige Belastung	N	10	3	8	10	9	9	5	5	15	74
		%	71,4	23,1	40,0	37,0	42,9	47,4	41,7	50,0	83,3	48,1
		SR	1,3	-1,3	-0,5	-0,8	-0,3	0,0	-0,3	0,1	2,2	
	schwere Belastung	N	2	6	9	0	11	9	3	1	3	44
		%	14,3	46,2	45,0	0,0	52,4	47,4	25,0	10,0	16,7	28,6
		SR	-1,0	1,2	1,4	-2,8	2,0	1,5	-0,2	-1,1	-0,9	
Gesamt		N	14	13	20	27	21	19	12	10	18	154
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

13 Zellen (48,1%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,34.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 59,544; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)

Tab. 10.90 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse VI, Teilstichprobe weibl. Pat. <10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MASVI	keine Belastung	N	7	4	2	14	0	3	14	4	3	51
		%	41,2	20,0	14,3	60,9	0,0	23,1	51,9	66,7	25,0	31,3
		SR	0,7	-0,9	-1,1	2,5	-3,1	-0,5	1,9	1,5	-0,4	
	mäßige Belastung	N	8	12	10	8	18	5	10	1	6	78
		%	47,1	60,0	71,4	34,8	58,1	38,5	37,0	16,7	50,0	47,9
		SR	0,0	0,8	1,3	-0,9	0,8	-0,5	-0,8	-1,1	0,1	
	schwere Belastung	N	2	4	2	1	13	5	3	1	3	34
		%	11,8	20,0	14,3	4,3	41,9	38,5	11,1	16,7	25,0	20,9
		SR	-0,8	-0,1	-0,5	-1,7	2,6	1,4	-1,1	-0,2	0,3	
Gesamt		N	17	20	14	23	31	13	27	6	12	163
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

12 Zellen (44,4%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,25.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 47,410; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)

Tab. 10.91 Statistischer Test zur Diagnosenverteilung auf MAS-Achse VI, Teilstichprobe weibl. Pat. ≥ 10 Jahre

			PRAXIS									Ge- samt
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
MASVI	keine Belastung	N	6	2	2	4	0	3	0	5	1	23
		%	27,3	20,0	14,3	66,7	0,0	27,3	0,0	100,0	33,3	22,8
		SR	0,4	-0,2	-0,7	2,3	-2,5	0,3	-0,8	3,6	0,4	
	mäßige Belastung	N	15	5	4	2	13	2	1	0	2	44
		%	68,2	50,0	28,6	33,3	48,1	18,2	33,3	0,0	66,7	43,6
		SR	1,7	0,3	-0,8	-0,4	0,4	-1,3	-0,3	-1,5	0,6	
	schwere Belastung	N	1	3	8	0	14	6	2	0	0	34
		%	4,5	30,0	57,1	0,0	51,9	54,5	66,7	0,0	0,0	33,7
		SR	-2,4	-0,2	1,5	-1,4	1,6	1,2	1,0	-1,3	-1,0	
Gesamt		N	22	10	14	6	27	11	3	5	3	101
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

20 Zellen (74,1%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 0,68.
Prüfgröße exakter Test nach Fisher 48,673; p<0,0005 (Monte-Carlo-Approximation)

Verzeichnis der Abkürzungen

ADHS: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom

ASP: Analysestichprobe

BADO: Basisdokumentation Kinder und Jugendliche, „PsyBADO KJ“

BCAMHS: British Child and Adolescent Mental Health Survey

CBCL: Child Behavior Checklist

d.h.: das heißt

DIMDI: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EZB: Erziehungsberatungsstelle

HKS: Hyperkinetisches Syndrom

IAP: Inanspruchnahmepopulation

ICD: International Classification of Diseases

KJP: Kinder- und Jugendpsychiatrie

kjp-QP: kjp-Qualitätsprojekt der Philipps-Universität Marburg

KPS: Kurpfalzstudie

M: Mittelwert

m: männlich

MAS: Multiaxiales Klassifikationsschema (nach Remschmidt & Schmidt 1994)

Mdn: Median

NHV: Nordhessische Versorgungsstudie

o. g.: oben genannt

SDS: Störungen des Sozialverhaltens

SR: Standardisierte Residuen

s. u.: siehe unten

u. a.: unter anderem

u. U.: unter Umständen

v. a.: vor allem

vgl.: vergleiche

VSD: Versichertenstichprobe Dortmund

w: weiblich

z. B.: zum Beispiel

z.T.: zum Teil

Verzeichnis meiner akademischen Lehrer:

Meine akademischen Lehrer waren die Damen/Herren in Marburg:

Aumüller, Bals, Barth, Baum, Becker, Boudriot, Cetin, Christiansen, Czubayko, Dauth, Dünne, Feuser, Fuchs, Gemsa, Gerdes, Görg, Gotzen, Grzeschik, Gress, Grimm, Griss, Grundmann, Gudermann, Hamer, Herzum, Holst, Jungclas, Klenk, Klose, Kolb-Niemann, Koolman, Krause, Krieg, Kroll, Kuhlmann, Lemke, Lenz, Lill, Löffler, Lohoff, Maier, Maisch, Mandrek, Moll, Moosdorf, Mueller, Mutters, Neubauer, Oertel, Radsak, Ramaswami, Remschmidt, Renz, Röhm, Rothmund, Schäfer, Schmidt, Schrader, Seitz, Sommer, Steiniger, Tebbe, Vogelmeier, Weihe, Werner, Westermann, Wulf.

Danksagung:

Meinen besonderen Dank möchte ich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. F. Mattejat für die Überlassung des Themas und die Möglichkeit, diese Dissertation anzufertigen, aussprechen. Darüberhinaus gilt mein Dank der hervorragenden Betreuung während sämtlicher Arbeitsphasen, in denen er mich stets engagiert und auf humorvolle Art und Weise begleitete.

Meiner Freundin Sina danke ich herzlichst für Motivation und Unterstützung in schwierigen Phasen der Arbeit.

Aus den AGs „Lebensqualität“ und „kjp-Qualitätsprojekt“ danke ich den Damen und Herren Bachmann, Ehnis, Jäcker, Jediß, John, Kramer, Michalke, Nass und Trosse für die großartige Unterstützung in Fragen der Datenverarbeitung und Literaturrecherche. Frau Heinzel-Gutenbrunner möchte ich ausdrücklich für die geduldige Beratung in statistischen Fragen danken. Bei Frau Dr. Schubert, Frau Köster (Köln) und Herrn Dr. Laucht (Mannheim) bedanke ich mich für den freundlichen Kontakt, die Auskünfte und die Unterstützung im Zuge der Literaturrecherche.

Meinen Freunden Julia und Sören Müller danke ich für die Hilfe bei der Literaturbeschaffung und darüber hinaus ihre Unterstützung in jeglicher Hinsicht. Mit Freunden wie Euch kann einem nichts passieren.

Besonderer Dank gebührt meinen Eltern, deren bedingungslose Unterstützung und Vertrauen in meine Fähigkeiten mir Studium und Dissertation überhaupt ermöglichten.